Ospedali Riuniti di Napoli

Ospedale Incurabili - 5ª Sala Donne - Sezione Pronto Soccorso

Contributo alla chirurgia della occlusione intestinale

Interventi personali e ricordi storici dello **Hevin** sulla gastrotomia nel volvulo dell'intestino

pel Dott. FELICE D'ALESSANDRO
Chirurgo Coadiutore Ordin. negli Ospedali Riuniti e S. M. di Loreto

Estratto dalla " Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia Igiene, Interessi Professionali ,, Organo Settimanale Napoli, Via Broggia 13 - 1913





NAPOLI
Tipografia F.lli Ruggiano
Vico Fico al Purgatorio, 1
1913

Ospedali Riuniti di Napoli

Ospedale Incurabili - 5ª Sala Donne - Sezione Pronto Soccorso

Interventi personali per occlusione intestinale

(13 casi con ripristinamento della funzione intestinale, 6 guarigioni definitive e 7 morti)

pel Dott. FELICE D'ALESSANDRO

Chirurgo Coadiutore Ordin. negli Ospedali Riuniti e S. M. di Loreto

Estratto dalla " Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia Igiene, Interessi Professionali ,, Organo Settimanale Napoli, Via Broggia 13 - 1913





NAPOLI
Tipografia F.lli Ruggiano
Vico Fico al Purgatorio, 1
1913



Nel decorso biennio di servizio di coadiutore ordinario ventiquattro casi di occlusione intestinale sono pervenuti in sala sotto la mia osservazione. Di un gruppo di 18 casi ho avuto la diretta responsabilità della cura e degli altri sei, operati dai chirurgi di guardia, l' indiretto interessamento.

Pubblico tali casi perchè ritengo sia dovere *anche* di ogni modesto chirurgo il farlo, essendo d' *alto interesse pratico* scuotere le oscitanze che ancora perdurano e che ritengo *sempre* di danno agl' infermi, i quali solo che hanno vaga lusinga di guarigione con mezzo medico rifuggono dalla grave operazione della laparatomia, mentre vi si prestano, se vengono convinti, che da essa sola debba sperarsi il trionfo della vita.

*
* *

Del gruppo dei 18 casi non sono intervenuto in cinque.

1° (oss. XVII) perchè l'inferma giunta nell'ospedale in istato preagonico, presentava le note chiarissime di occlusione per cancro del piloro e seguì morte nelle 24 ore.

2° (oss. XVIII) perchè i parenti, apprendendo l' incerto esito dell' intervento, impedirono ogni atto operativo e convinsero la inferma a lasciare l'ospedale nello stesso giorno.

L'occlusione, dovuta certamente a processo infiammatorio, si svolgeva da oltre 10 giorni e la malattia febbrile da circa un mese.

3° (oss. XIX). Trattavasi di una bambina di 5 anni, che aveva presentato fenomeni di ileo - paralitico ; non eranvi chiare note di peritonite per ulcerazione appendicolare, nè di chiara infezione intestinale, ebbe fin dal primo giorno dell' ammissione in sala abbondanti emissioni di feci e morì dopo 48 ore.

Delle suddette inferme non fu possibile l' autopsia,

mentre si potè ottenere nel 4° caso (oss. XX), nel quale, nei due giorni di dimora in sala, la somministrazione di un purgante oleoso provocò abbondanti scariche di materiali, ma non impedirono lo fatale andare, dappoichè la gravissima infezione peritoneale da processo peritiflitico che avea provocato l' ileo paralitico, uccise l' inferma.

L' autopsia infatti rilevò una piccola raccolta di pus attorno al cieco, avente punto di partenza in una ulcerazione dell'appendice vermicolare, che veniva compressa da miofibromi dei ligamenti utero-ovarici di destra.

5° (oss. XXI). L'occlusione era in rapporto a processo inflammatorio delle salpingi e potè essere vinta coi soli mezzi medici.

***

Nei 13 casi in cui sono intervenuto, riferisco qui di 11, avendo degli altri pubblicato a parte il risultato per lo interesse particolare, che avevano, specialmente il 2° assolutamente nuovo nella letteratura medico chirurgica (1).

Inoltre riferisco di un caso interessante della clinica privata.

Degli 11 gli esiti sono stati favorevoli in 5, negli altri sei è seguito il decesso o immediatamente dopo la emissione di materiali fecali, e dovuto certamente ad anemia cerebrale o dopo alcuni giorni; la canalizzazione intestinale era riuscita efficace in tutti gli interventi, dappoichè un grave ostacolo meccanico ne occludeva il cammino. Tale ostacolo era dovuto:

1° a *briglie, a saccoccie o ad aderenze infiammatorie* in 6 casi (oss. I, II, III, IV, V, VI); agl' interventi seguì guarigione in 3 casi (in uno oss. I. si erano resecati per gangrena 10 cm. d' intestino), degli altri tre seguiti da morte: l' occlusione datava da 7 giorni nel IV caso; da 15 nel VII, che richiese un' anastomosi latero-laterale.

2° a *volvulo* della porzione sigmoidea del colon, a lungo meso, che enormemente dilatata comprimeva il colon ascendente ed il duodeno. Seguì guarigione. (Oss. VII).

3° a *stenosi* anulare per processo tubercolare ulceroso dell' angolo splenico del colon; praticai la resezione e l'anastomosi dei capi resecati e seguì morte dopo 24 ore e a larga stenosi per cancro scirrotico del colon ascendente per il quale praticai l'ano artificiale e seguì morte dopo alcuni giorni.

---

(1) Sopra alcuni casi di resezioni intestinali per gangrena da strozzamenti operati con la sutura immediata dei capi intestinali, applicando gli uncini del Michel «Gazzetta internazionale» N. 11-12,1912. —Occlusione intestinale. Laparatomia; pneumatosi peritoneale ecc. « Movimento Sanitario. » Aprile 1913. — Occlusione intestinale ed Infezione coleriforme. « Rivista Sanitaria. » A. X N. 18.

4° a *invaginamento* ileo-cecale, con torsione e gangrena del tenue, in giovanetta di 14 anni. Fu necessaria la resezione di oltre 20 cm. d' intestino e l' anastomosi consecutiva. Seguì morte alcune ore dopo l' intervento, appena dopo l' emissione di materiali fecali.

Dei 6 casi operati dai varii chirurgi di guardia solo in uno seguì guarigione all' intervento, che dimostrò la occlusione dovuta a briglia per processo tubercolare peritoneale.

Dei 5 altri è solo nota nell' oss. che la causa dell' ileo e della peritonite era il versamento del contenuto intestinale per gangrena, seguita a strozzamento da briglia; l' ano artificiale non permise, che una sopravvivenza di 14 ore. Di due mancano le note illustrative dell' intervento: in uno la morte seguì all'atto operativo e nell'altro al 5° giorno.

È nota l' importanza dell'argomento: per la frequenza, per le difficoità diagnostiche, per la gravezza degli esiti, che è in rapporto all' entità e al ritardo dell' intervento.
Benchè nell' Ospedale Incurabili accorrano infermi non della sola città, ma anche dai paesi vicini, pur bisogna riconoscere, che un simile accidente è notevolmente frequente, se in un solo biennio ben ventuno infermi poveri siano capitati alla mia osservazione e si conosce che non passi settimana che non pervengano infermi con sintomi di occlusione intestinale; quindi lo interessamento deve essere proporzionato a tale frequenza.
Siccome la diversità dei casi non permette esser breve nelle storie, ho esposto con una maggiore larghezza il procedimento operativo e le note anatomo-patologiche, sperando che ciò possa riuscire giovevole dal punto di vista pratico.

*
* *

Come può rilevarsi dal cenno clinico, che coi maggiori dettagli ho potuto raccogliere, la diagnosi della causa dell' occlusione o dell' ostruzione, non è stata sempre possibile, facile e sicura, anche ai clinici più provetti, medici o chirurgi, per modo, che per varii giorni si è continuato l' esperimento terapeutico dei soliti mezzi ordinari (purganti, enteroclismi semplici od elettrici, atropa-bella donna ghiaccio ecc.) anche quando si sapeva, che fuori l'Ospedale tali rimedi erano stati usati. Così invece che provocare le evacuazioni, si è riusciti ad aumentare il danno

degli infermi, poichè sono stati affidati all' opera chirurgica solo quando i sintomi di aggravamento generale sono divenuti imponenti.

***

Negl' infermi, che accorrono nell' Ospedale, le difficoltà diagnostiche sono ancora maggiori dell'ordinario, perchè manca la massima parte delle notizie più importanti o più precise per la storia clinica.

L' *anamnesi* ordinariamente non è chiara, perchè l'infermo non è sempre presente a sè stesso, e i parenti, quando possono aversi, trascurano per ignoranza o dimenticano dati, che sarebbero preziosi, e ciò che riferiscono non è sempre esatto; infatti assicurano spesso che siasi avuta l'emissione di gas coi ripetuti enteroclismi. L' esame obbiettivo dell' addome dà risultato incerto: l' ispezione della parete addominale non fornisce alcun segno obbiettivo certo di disuguaglianza, specie quando il soverchio sviluppo di gas ha reso uniformemente tumido lo addome; o il frequente vomito e gli enteroclismi ripetuti hanno liberato rispettivamente la porzione alta e quella bassa dell' intestino dai materiali accumulati e la parete è divenuta depressa. Per tali ragioni la *palpazione*, come la *percussione* dànno risultati non sempre netti, sia per la soverchia tensione e per il diffuso timpanismo, sia per la pastosità della parete e pel deficiente timpanismo; anche il *dolore*, che è spesso esagerato nello inizio, diviene quasi sempre meno molesto coll' aggravarsi dello stato generale.

L' oscurità dei sintomi obbiettivi e subbiettivi, l'imperfezione dei dati anamnestici, giustificano quindi l' incertezza della diagnosi, la perplessità anche di clinici provetti e di maestri di affidare all' opera chirurgica la soluzione del caso, traendo spesso barlume di speranza di una spontanea canalizzazione intestinale, da sintomi vaghi e quasi sempre dall' osservare, che lo stato generale conservasi buono.

Quest' ultimo criterio, che spesso anche oggi si impone, è quello, che meno dovrebbe servire pel temporeggiamento; si sa ormai che il risultato operativo è tanto più favorevole per quanto più è sollecito. Eccezionali sono quei casi di ripristinata canalizzazione intestinale dopo scorsi alcuni giorni di occlusione (1). Intanto

(1) È degno di ricordo un caso di ostacolata canalizzazione intestinale per intasamento di materiali nel cieco? vinta dopo alcuni giorni coi soli mezzi medici.

L' infermo di circa 60 anni, il Prof. F., un giorno non vide

l' andamento consecutivo di persistente e progressivo aggravamento, come i risultati operativi, hanno sempre dimostrato nei casi in esame, l'esistenza di un ostacolo che non era possibile rimuovere senza un intervento. Quando questo è stato tardivo è riuscito inutile, pur avendo canalizzato l' intestino, perchè la resistenza organica latente era esaurita e così si è ripetuto il vecchio adagio: « *L'operazione è riuscita, ma l'infermo è morto* ».

Il contributo dei casi, che io porto non ad altro mira, che a confermare e ad incoraggiare il concetto dello intervento precoce quando l'occlusione non ha potuto esser vinta in 48 ore di applicazione dei mezzi medici ed è doveroso applicarlo, anche in quei casi di dubbia diagnosi tra occlusione dinamica da processo infiammatorio o da coprostasi ed occlusione vera per ostacolo meccanico, non rimovibile che da mezzo chirurgico. L'ultima osservazione dimostra, che se non si fosse perduto il tempo a troppo sottilizzare la diagnosi e a voler ottenere l'evacuazione mercè i purganti, l'intervento, scoprendo che i fenomeni di occlusione erano dovuti all' ileo paralitico provocati dal processo suppurativo pericecale, l'esito probabilmente avrebbe potuto essere diverso.

---

ricomparire un'ernia inguinale libera, che aveva da varii anni. Contemporaneamente s' iniziarono fenomeni occlusivi, vomito frequente, fecaloide, dolori intestinali, timpanismo diffuso che arrestavasi in corrispondenza della regione cecale, e colica ascendente. Pensai a riduzione in massa e strozzamento interno dell'ernia inguinale e proposi la laparatomia. Il Prof. CACCIOPPOLI, chiamato a consulto confermò che il migliore provvedimento terapeutico era un intervento chirurgico sollecito. La famiglia, ricordando il disastro di un altro fratello operato di laparotomia dal Prof. FRUSCI nella casa di salute dell'Ospedole Incurabili per occlusione intestinale da compressione dell'S iliaca del colon da sarcoma del piccolo bacino, provvedutovi con ano iliaco, volle sentire il parere di altri clinici. LACCETTI e LUPÒ accettarono il giudizio del Prof. TAMBURRINI, attendere l' esito dell'enteroclisi elettrica ripetuta, delle iniezioni di atropina e del purgante oleoso somministrato epicraticamente. Per due giorni si stette in un' attesa preoccupante di accenno di ripristinamento di canalizzazione, perdurando il vomito, ma infine il ventre si aprì definitivamente e dopo lunga convalescenza segnì guarigione con sopravvivenza di circa 10 anni. Ripristinandosi la funzione intestinale ricomparve l'ernia. Questo caso fortunato non può rappresentare che una eccezione e data l'etiologia dell'ernia, l' intervento chirurgico sarebbe sempre più indicato della cura medica.

Casistica Clinica

Osserv. I - II - III - IV - V - VI

I casi più frequenti di occlusione intestinale meccanica, tra i 13 sono stati per briglie, saccoccie, aderenze, che strozzavano una o più anse.

Briglie.

Nella mia pubblicazione sull'uso degli uncini del MICHEL per l'anastomosi dei capi resecati ho riferito un caso e però limito l'accenno al solo reperto:

Oss. I.

« Occlusione recidivante per strozzamento e gangrena di un'ansa dell'intestino tenue, da briglia filiforme, consecutiva a peritonite adesiva, seguita a parto cesareo e consecutiva ad occlusione intestinale da briglie cicatriziali.

« Operai l'inferma al 3° giorno dai primi fenomeni di occlusione con resezione del tratto gangrenato e sintesi dei capi resecati con gli uncini del MICHEL e sutura circolare alla LAMBERT. Guarì per *primam* e l'andamento lontano permane ottimo ».

Oss. II.

Occlusione intestinale da otto giorni. Laparatomia mediana, strozzamento per briglia filiforme; guarigione.

Amato Carmela di a. 64 da Napoli, vedova, donna di casa.

Entrò nel Reparto il 31 ottobre 1911. Non aveva sofferto fino allora alcun disturbo gastro-intestinale, la cui funzione era normale, nè avea avuto manifestazione di ernie. Riferì che senza alcuna causa apprezzabile fu presa da dolori addominali e dopo rigettò liquori e bevande, che le furono somministrate per calmare i dolori e vomitò anche dopo aver preso delle gocce di laudano sopra un pò di zucchero.

Al 4° giorno dalle prime sofferenze emise col vomito un grosso ascaride.

Le furono praticati in famiglia enteroclismi semplici ed elettrici, senza alcun risultato; divenendo i vomiti fecaloidi fu inviata nell'ospedale.

Esame obbiettivo — L'inferma presentava una costituzione linfatica, con pannicolo adiposo discreto; era assai pallida, con mucose molto anemiche.

I polsi regolari e deboli erano al numero di 100 al minuto e la temperatura ascellare 36°5 cent.; il sensorio era molto depresso.

Aveva frequenti eruttazioni, acide, ma nessuno accenno di emissione di gas dal retto.

L'addome era lievemente tumido, ma non dolente alla pressione e alla percussione. Questa dava suono timpanico chiaro su tutto l'ambito della parete anteriore.

La palpazione non riesce a toccare alcun'ansa piena di materiali.

Atto operativo — Aperta la cavità addominale con taglio mediano sottombelicale si rileva subito nella regione ipogastrica far seguito alle anse del tenue dilatate dai gas il tratto intestinale afflosciato in vicinanza dello sbocco nel cieco, perchè costretto da una briglia filiforme, che partendo dalla parete anteriore dell' addome vicino al pube si estende indietro verso il piccolo bacino. Uncinando questa briglia coll' indice e sollevandola, saltò fuori la cavità un piccolo corpicciulo, che poi si vide essere una cisti grossa quanto un pisello, con parete di colore bianco tendineo, lasciando nel peritoneo della della parete addominale una fovea circolare nella quale potea penetrare il polpastrello dell' indice. La briglia era talmente filiforme, che alla rottura e alla retrazione consecutiva non lasciò vestigia evidenti del punto finale.

Immediatamente si sono dilatate le anse afflosciate nel tratto efferente ed allora procedetti subito alla chiusura del ventre.

Come si rileva dal diario termometrico seguente il decorso post-operatorio fu buono per il ristabilimento della funzione intestinale.

La riunione della ferita si ebbe per *primam*, ma al 15° giorno si manifestarono sintomi di incipiente bronchite e al 16° giorno suppurazione intraparietale finita con la espulsione di alcuni fili di seta della sutura. La bronchite catarrale divenne diffusa con espettorato abbondante e le condizioni generali decaddero fino a far temere prossima la morte, ma anche questa fase pericolosa fu vinta e l' 11 dicembre l' inferma lasciò l' ospedale con parete addominale cicatrizzata e con lievi postumi del catarro bronchiale che per notizie private seppi essere durati ancora per tutta la stagione invernale.

Diario termometrico (*Amato Carmela Letto 13 bis*)

1/II	ore 8 Gr.	**37,1**	ore 17 Gr.	37,4	Emissione di flati
2	»	37,7	»	37,5	
3	»	38,3	»	38	(pompetta di glicerina
4	»	37,7	»	37,7	
5	»	37,1	»	37,2	(purgante oleoso
6	»	36,3	»	36,6	
7	»	36,9	»	37,6	
8	»	38,6	»	36,8	(si tolgono alcune griffe)
9	»	36,3	»	36,6	
10	»	36,5	»	36,6	(si tolgono le altre griffe
11	»	36,4	»	36,7	
12	»	36,6	»	37	
13	»	36,6	»	37,3	
14	»	36,8	»	36,3	
15	»	36,6	»	38,4	Incipiente bronchite
16	»	36,3	»	38,2	Suppurazione interpariet. della ferita laparatomica sbrigliamento
17	»	37,8	»		
18	»	37,7	»	38.1	
19	»	37,4	»	37,6	
20	»	37,4	»	37,7	Catarro bronchiale diffuso con espettorato abbondante
21	»	36,9	»	37,5	
22	»	37,2	»	36,9	
23	»	36,7	»	36,8	
24	»	36,6	»	36,8	

Notizie recenti mi confermano che la signora gode ottima salute (Giugno 1913).

Oss. III.

Occlusione intestinale da sette giorni. Vomiti ripetuti di lombrici. Laparatomia mediana. Strozzamento di anse del tenue da briglie e saccoccie infiammatorie. Taglio delle briglie e delle saccoccie. Ripristinamento immediato della funzione della canalizzazione intestinale seguito subito da morte per anemia cerebrale.

Durante il servizio di guardia fui invitato nel Reparto osservazioni uomini per un individuo ricoverato per *occlusione intestinale*, al quale si erano praticati già *tutti* i rimedi medici ordinari. Mi si disse che al mattino era stato visitato e trovato in condizioni generali discrete. Apparentemente infatti queste sembravano ancora tali, ma i polsi delle radiali erano assai deboli e frequenti.

Trasportato dal Rep. Oss. nella stanza operatoria della 2ª uomini, mentre viene preparato per l'intervento, osservo l'infermo e raccolgo questi cenni più importanti della storia clinica.

È contadino di S. Giuseppe Vesuviano; può dirci che da 4 giorni la chiusura del ventre sia completa, malgrado 2 purganti oleosi, e i clisteri, che gli sono stati praticati anche d'infuso di tabacco, di acqua e sapone e l'enteroclisi elettrica.

Non vomita materiali fecali, ma solo parecchi elminti e infatti uno lungo e vivacissimo ne emette mentre si prepara per l'operazione.

Dice che 6 anni fa ebbe occlusione, venne nell'ospedale e con i mezzi medici gli si ripristinò la funzione intestinale.

Oltre a stitichezza abituale null'altro ha sofferto.

La costituzione è gracile, il colorito gialletto, la nutrizione scaduta, la pelle delle dita raggrinzata come nei colerosi.

I polsi delle radiali sono impercettibili, le estremità fredde e umettate da sudore vischioso.

Addome non molto meteorico, pareti trattabili, senza che si manifesti segno di difesa; *dice non sentire dolore;* alla percussione si ha generalmente suono poco chiaro, quasi ottuso; nella regione ipogastrica è piuttosto timpanico, come di pentola fessa, specie nella fossa iliaca destra.

Procedo alla laparatomia, assistito dai colleghi di guardia Baldascini e Giordano.

Cloronarcosi — Taglio mediano, partendo a sinistra della cicatrice ombelicale. All'apertura dell'addome vengono fuori anse del tenue fortemente congesto e dilatato, con gorgoglio del materiale liquido contenuto nella ca-

vità, e che ai movimenti dell'ansa dà risonanza metallica. Vi è del liquido ascitico, in scarsa quantità.

Colla mano in cavità ricerco il punto di ostacolo, che sembra a destra; scostando a sinistra le anse si intravede il cieco afflosciato con un tratto del tenue che si affonda nel bacino, ma le anse fortemente meteoriche del tenue ostacolano l' osservazione. Su un tratto dell' ansa del tenue vi è tale tensione, che la sierosa è trasversalmente e con lieve obliquità smagliata per la lunghezza di un dito e per quasi tutto il diametro dell' ansa. Fo abbassare il tavolo operatorio in posizione *Trendelemburg.*

In tal modo riesce possibile, passando le dita tra le anse dove è l'ostacolo di uncinare una briglia nastriforme, tendinea larga 4 mm. circa, che taglio tra due Klämmer; siccome i monconi danno sangue appena tento togliere i Klämmer, che ostacolono e contundono le anse applico le legature passando i fili coll'ago su ogni moncone. L'ansa, nel sito dello strozzamento, presenta la sierosa un poco erosa.

Taglio un'altra briglia, larga poco meno di un cm. e poco spessa, che costringe , come una cravatta· l' ansa sottostante.

Tolte queste briglie le anse afflosciate, non si distendono, nè diminuisce la tensione delle anse meteoriche , perchè le anse sbrigliate rimangono piegate a gomito , essendovene ancora due tratti come annidati in due saccocce, che sono costituite da membranelle trasparenti, sottilissime rafforzate da elementi fibrosi, ricche di venuzze; esse tengono fisso l'intestino alla fossa iliaca. Sulla guida del dito taglio questi diverticoli per la lunghezza di 4 cm. l'uno, di 6 l'altro. Siccome si ha sangue è necessario in alcuni punti di applicare qualche legatura o di fissarle al mesentere con due punti di sutura. Si spiegano allora i gomiti e si ha un accenno di miglioramento dell'ansa efferente affiosciata. Dopo un esame rapido generale, che nessun alto ostacolo vi sia, procedo all'affondamento delle anse fuoruscite; ma coll'esposizione all'aria e sotto il caldo delle compresse la tensione è talmente aumentata da far distendere e assotigliare le pareti che sono divenute trasparenti di un grigio cupo da farne temere la rottura *nel punto dello smagliamento;* allora pratico in questo tratto una puntura con un ago da sutura e siccome non produce alcun utile effetto, isolando bene con compresse l'ansa, colle forbici vi pratico un piccolo occhiello. Si affiosciano allora tutte le anse venendo fuori del gas fetidissimo ; appena appare qualche goccia di liquido grigiastro occludo l'occhiello col Klämmer e vi pratico la doppia sutura estendendo quella

siero-sierosa a tutta la zona di smagliamento sieroso. Le pareti intestinali appena finita la tensione divengono di un bel colore roseo.

Facilmente allora riduco le anse in cavità, *e a poco a poco* fo rimettere l'infermo in posizione orizzontale mentre pratico la sutura peritoneale. Un rapido sguardo alla faccia fa vedere che si copre di sudori profusi; e allora fo fare una ipodermoclisi.

Mentre continua la sutura delle pareti si sente il fetore di gas, che abbondanti vengono fuori dal retto e infine si ha un allagamento del tavolo d'operazione di materiali diarroici, come acqua di maccheroni, fetidissimi.

Si applicano rapidamente le griffe del Michel alla cute, intanto la respirazione diviene stertorosa, le pupille si dilatano enormemente, e malgrado le iniezioni di etere e di canfora, l'ammalato muore.

Oss. IV.

Occlusione intestinale. Laparatomia mediana. Strozzamento da briglie nastriformi. Taglio delle briglie e chiusura del ventre. Guarigione per primam.

Buonomo Anna, di Gennaro e di Bencorsi Giuseppa, da Napoli di a. 21.

Anamnesi. A. 17 anni appena maritata fu contagiata di condilomi acuminati.

Dopo un anno partorì una bambina che sta bene. Da qualche tempo è stata trascinata alla prostituzione. Sei mesi fa è stata ricoverata alla maternità per metrorragia da residui placentari, per aborto di due mesi ed è rimasta sofferente di dolori al basso ventre, con anticipazione delle ricorrenze mestruali e metrorragia.

Dice che ha sofferto vivo dolore nella regione mesogastrica quasi tutte le volte che ha avuto lunghi e frequenti rapporti sessuali. E le attuali sofferenze sono seguite appunto all'esagerato lavoro al quale è stata costretta dalla sua attuale occupazione di prostituta.

Esame obbiettivo — All'esame obbiettivo dell'addome si rilevano: forma e colorito normali con rare strie gravidiche.

Nessun accenno di dolore, nè di resistenza alla palpazione superficiale, ma viene eccittato dalla palpazione profonda intensamente nel fianco destro, dove corrisponde una massa dura, spostabile, nettamente limitabile, a maggiore diametro verticale; con minore intensità alla regione epigastrica. Nella regione paraombelicale la resistenza profonda e il dolore sono maggiori; non è deli-

mitabile nè chiaramente determinabile una massa duro-elastica che si palpa in questo punto; al di sopra della cicatrice ombelicale si può circoscrivere un lobulo della grossezza di una castagna molle, che fa corpo colla parete addominale, da lasciar pensare alla possibilità di una punta d'ernia paraombelicale.

Alla percussione si ha tutta una gamma di risonanza non costante, nè fissa, che si modifica al più lieve cambiamento di posizione.

La percussione profonda dà un suono nettamente ottuso nel fianco destro.

Nulla di notevole negli altri organi ed apparecchi.

In seguito a consulto coi Professori Fazio, Liquori e Romano si convenne, che la causa dell'ostruzione intestinale non era rilevabile, data l'oscurità dei sintomi; alla palpazione si rilevava nella regione ombelicale una massa pastosa come un conglomerato di anse intestinali, che trasmettevano in modo evidentissimo le pulsazioni dell' aorta addominale; e si svegliava un dolore vivo. Benchè lo stato generale perdurasse abbastanza soddisfacente per modo da far ritenere possibile l' attesa dell' intervento, si convenne col prof. Romano, che l'osservava in un momento di vomito, come fosse preferibile operare subito e non attendere un maggior peggioramento, tenendo conto dei polsi, che divenivano piccoli e frequenti.

Siccome era tutto pronto operai coll'assistenza del personale di sala, Dottori Verde e Magliulo cloroformizzando l'inferma in modo splendido il Collega Vittoria. Il prof. Liguori presenziò all'operazione.

Data la localizzazione parombelicale delle sofferenze procedo a laparatomia mediana (dalla metà della linea xifoombelicale a un pollice in basso della cicatrice ombelicale). Subito rilevo che il grande epiploon ha molte aderenze parietali, specie in basso, aderenze che non ne permettono il sollevamento; allora vien fatto un taglio mediano attraverso il quale esploro il conglomerato di anse intestinali.

Il dito percepisce subito profondamente una briglia, che come un anello stringe un'ansa del tenue, la quale appare lievemente congesta. Sotto tale briglia è possibile passare il polpastrello dell'indice e poi con un Klämmer si può sollevare; si vede allora che è una briglia epiploica, nastriforme, triangolare con base a destra ed apice verso la colonna lombare. Vien tagliata tra due Klämmer e così rimane liberata l'ansa sottoposta. Continuando lo esame riscontro un'altra ansa del tenue molto

dilatata e fissata da un'altra briglia alla regione posteriore.

Mentre questa viene uncinata, nel sollevarla si stacca dalla parete intestinale, lacerandone la sierosa.

Dopo peritonizzazione di questa lacerazione con due piccoli punti alla *Lembert*, lego il peduncolo triangolare epiploico della 1ª briglia, ma l'altro estremo cede ai movimenti del Klämmer e non vien fatto di osservare l'attacco posteriore.

Assicuratomi, che nessun'altra briglia strozzava la circolazione intestinale chiudo la breccia epiploica e poi la parete, con suture a strati.

Il decorso, sia per la canalizzazione intestinale, sia per la cicatrizzazione, fu dei più favorevoli per modo che dopo 11 giorni l'inferma lasciò l'ospedale completamente guarita e ulteriori informazioni mi hanno assicurato che nessuna molestia è seguita per modo che la giovanetta ha ripigliato la vita di meretrice.

Oss. V.

Aderenze e inginocchiamenti

Occlusione int. da 8 giorni — Laparatomia — Aderenza e inginocchiamento di un'ansa del tenue al corpo dell'utero già operato di parto cesareo conservativo — Distacco — Guarigione per primam.

Grimaldi Giuseppa fu Pietro da Napoli, di a. 32 entra il 28 sett. 1912.

E' gracile, assai sciupata, con pannicolo adiposo scarso con aspetto stanco; *sorridendo* dice che da 8 giorni non va di corpo, nè emette flatulenze.

Si è iniziata la malattia con dolori di visceri e con vomito. Da parecchi giorni sono finiti gli uni e l'altro. Infatti l'addome è trattabile e si può palpare senza, che si manifesti alcuna sofferenza. Non è molto tumido e alla percussione si ha un suono generalmente quasi ottuso, senza zone di distinto timpanismo. Alla palpazione profonda si rileva una maggiore resistenza a destra, dall'ombelico alla fossa ileo-cecale; nella linea mediana si palpa un tumore che sta sotto l'ombelico, si affonda nel bacino, aderente nella parete e che può individualizzarsi pel corpo dell'utero. A sinistra le dita possono affondarsi abbastanza profondamente senza svegliare dolore e senza rilevare ostacoli. Durante queste manovre di palpazione si svegliano dei movimenti peristaltici piuttosto energici, che fanno rilevare attraverso la parete anse intestinali

dilatate; specie nella metà sopra ombelicale dell'addome vedesi un' ansa disposta trasversalmente, con concavità inferiore che un giovane medico crede sia il colon trasverso; ma si deve scartare tale idea che farebbe pensare a un ostacolo assai basso verso il colon sigmoideo o discendente, mentre mancano segni per tale localizzazione. Coi cambiamenti di posizione non si modifica la percussione. All'esplorazione rettale e vaginale non si rileva alcun ostacolo. L' inferma riferisce che 6 anni fa è stata operata di parto cesareo conservativo e che da allora è sofferente all'addome di dolori intestinali intercorrenti e vaganti con lunghi periodi di stitichezza da far temere la occlusione completa. Fo diagnosi che l'ostacolo abbia sede a destra o in dietro del corpo dell' utero per briglia o aderenza infiammatoria, che stringa l'intestino, seguita all'operazione del parto cesareo e che ha determinato ostruzione intestinale cronica. Per tale dato anamnestico e pei caratteri di disturbo cronico nella canalizzazione intestinale e specialmente per la piccolezza e l'alta frequenza del polso, (120 a 130 al minuto e piccoli) determino col collega Gravina l' intervento immediato.

Procedimento operatorio. Il collega Gravina ed io coadiuvati dagli assistenti di servizio procediamo alla laparatomia mediana dall'ombelico al pube, asportando parte del tessuto cicatriziale della prima laparotomia. Aperta la cavità peritoneale e scoperto il fondo del corpo dell'utero, che rimane a 3 dita trasverse dalla cicatrice ombelicale, immediatamente nella parte superiore e posteriore di esso, riscontriamo un'ansa del tenue, aderente fortemente con tessuto connettivale, spesso un mezzo cm., sclerotico, che stride sotto il coltello e le forbici, nel momento del distacco; immediatamente in sotto di tale aderenza vi è la parte stenotica e tale stenosi viene maggiormente accentuata da una semi-torsione dell'ansa. Alla stenosi segue l' ansa efferente afflosciata. Distaccata l' ansa, asportata la parte cicatriziale, con alcuni punti staccati alla Lembert viene peritonizzata la superficie cruentata. I punti vengono dati invaginando la parte secondo il diametro trasverso. Dopo la peritonizzazione si introflette la parete a dito di guanto col metodo del Loreta allo scopo di assicurare, che il punto stenotico sia pervio e dilatabile. Tre punti alla Lembert peritonizzano la superficie cruentata del corpo dell'utero e si chiude la cavità addominale con suture a strati. L' inferma, malgrado la rapida esecuzione della laparatomia, stava assai abbattuta e perciò le fo fare una ipodermoclisi di 200 cmc. di soluzione fisiologica.

Decorso post-operatorio — 20. *Emissione di gas* — Lo stato generale continua grave. Si ripetono le ipodermoclisi persistendo i polsi piccoli, frequenti e spesso evanescenti.

21. *Dispnea intensa. Colore della faccia fosco. Sente mancarsi la vita. Polsi piccoli, aritmici oltre 110. Lingua umida.*

Clistere di glicerina al quale segue abbondante emissione di materiali. Ogni 3 ore si ripete l'podermoclisi di 200 cmc. di soluzione fisiologica.

2/10. Dolori addominali. Lingua umida. Polsi regolari e più forti.

3/10 Purgante oleoso, emissione di abbondanti materiali.

4/10 Accusa appetito. Si somministra del latte.

Il 7 vengono tolti gli uncini del Michel; la ferita laparotomica è guarita per *primam*.

Diario termometrico — Letto N° 40

29 Sett.	Mattino ore 8.	37.2 Cent;	Sera ore 17	37.4
30	»	» 38·2	»	38.6
1° Ottobre		» 37.4	»	37.8
2		» 36.5	»	37.3
3		» 37	»	36.7
4		» 37	»	37.3
5		» 37	»	36.7
6		» 36	»	37.3
7		» 36.3	»	37.3
8		» 36.6	»	37.7
9		» 36.4	»	37
.10		» 36.8	»	37.4
11		» 36·7	»	35.5
12		» 36.4	»	36.6

Il 17 ottobre lascia l'ospedale completamente guarita.

Oss. VI.

Occlusione intestinale da inginocchiamento di un tratto di ansa del colon discendente presso la porzione sigmoidea, in seguito a larga aderenza per processo cicatriziale e peritonitico da ferita lacero-contusa della parete addominale — Laparatomia — Canalizzazione intestinale coll' anastomosi latero-laterale. — Ripristinamento funzionale dell'intestino e morte consecutiva.

Il caso è stato illustrato a proposito della sintesi intestinale cogli uncini del Michel e perciò di esso è sufficientemente esplicativa l'intestazione. Aggiungerò solo che la diagnosi di aderenza o briglia cicatriziale fu fa-

cilmente fatta prima dello intervento tenendo conto dell'anamnesi, che faceva conoscere una pregressa lesione lacero-contusa della parete addominale, con fuoruscita di ansa intestinale e di consecutive coliche intermittenti. Dieciassette ore dopo l' intervento l' inferma andava abbondantemente di corpo e seguiva morte immediata.

Oss. VII.

Occlusione intestinale. Laparatomia mediana. Volvulo della porzione sigmoidea del colon, a lungo meso, che enormemente dilatata comprimeva il colon ascendente e il duodeno. Guarigione per *primam.*

26 aprile 1912. Zambillo Filippo fu Fedele, di a. 46 da Oriano di Puglia.

Dati anamnestici — Ha goduto sempre ottima salute, se si eccettui qualche attacco di febbri malariche, in rapporto alle condizioni climatiche del paese.

Non soffriva stitichezza o dolori addominali, ma lo scorso anno fu preso da vivi dolori addominali e chiusura completa di ventre e perciò venne qui nell'Ospedale Incurabili; dopo appena tre giorni di permanenza, coi comuni mezzi di cura, si ristabilì la funzione intestinale ed egli ritornò al paese, dove ha continuato a godere buona salute fino a 5 giorni or sono, da quando cioè sono incominciate le attuali sofferenze (dolori diffusi a tutto l'addome, specie nella regione ombelicale, con vomito). Il vomito da vari giorni non si ripete più, ma permane ostinato singhiozzo.

E' di buona costituzione organica, di conformazione scheletrica normale, piuttosto basso, di tipo sanguigno, di colorito roseo, tendente al rosso. La parete ant. dell' addome è tutta sollevata uniformemente e più pronunziantamente nel quadrante inferiore di destra.

Esame obbiettivo — Alla palpazione la parete offre una forte resistenza, e poco dolore; alla percussione si ha suono timpanico, specie su tutta la metà destra e verso l' ombelico.

I polsi delle radiali sono rari (65 al minuto) e vibrati, si rilevano fortemente pulsanti le arterie crurali. Cuore sano con toni vibrati.

Procedimento operativo — Pratico la laparatomia mediana sotto la morfio - cloronarcosi.

Le pareti addominali, assottigliate dalla forte tensione, danno poco sangue. Appena aperta la cavità viene fuori del liquido ascitico libero, limpido, incolore ed appare un'ansa intestinale enormemente distesa.

Infossando la mano nell'ipogastrio, seguendo la parete di quest'ansa, dietro il pube si riscontrano come dei cordoni, sotto i quali può passarsi in parte l'indice e si riesce a sollevarli un poco come un largo anello, ma l'ansa dilatata non si smuove dal sito.

Allora seguendo la parete di quest'ansa allo esterno e in alto, noto che questa si continua nella fossa iliaca destra, ma non può trarsi fuori l'apertura laparatomica.

Allora si pone l'infermo in posizione *Trendelemburg*, si divarica fortemente in fuori il margine destro della parete addominale e si può spingere in fuori una parte di quest'ansa rilevandosi talmente distesa dai gas da assumere l'ampiezza di uno stomaco adulto ed essendo in alto incurvata ha preso la forma di una cornamusa.

La mancanza di bandellette la fa rassomigliare a una ansa del tenue *enormemente* dilatata.

Allora ritornando ad affondare la mano dietro il pube da raggiungere quei cordoni rilevati nell'inizio, mi rendo ragione che essi sono dovuti alla torsione completa dell'ansa intestinale torsione che facilmente viene tolta, spiegandosi un larghissimo meso, attraversato da una grossissima vena.

Mentre viene svolta l'ansa il contenuto di gas e di liquido dà un gorgoglio metallico anforico. Spiegata l'ansa i gas possono spingersi in alto, m non procedono verso il basso. Si segue allora l'ansa afferente e si vede il dito affondare nel piccolo bacino e raggiungere il piano pelvico dimostrando così appartenersi alla porzione sigmoidea del colon discendente.

Il tratto afferente non può bene seguirsi essendo coperto dalle anse del tenue straordinariamente afflosciate fin da raggiungere il diametro, di intestini infantili. Portato fuori cavità tutto il pacchetto del tenue rilevo che è dotato di un largo mesentere, e tiro fuori il colon trasverso che è anche esso enormemente dilatato e si continua con l'ansa afferente. In tal modo possono spingersi i gas in alto verso l'intestino tenue; ma non procedono in basso nell'ansa efferente.

Un infermiere invitato a introdurre il dito nell'ano, constata che l'infermo ha già emesso dei materiali fecali e io posso palpare dalla piccola pelvi al di sopra della parete intestinale il dito introdotto nell'ampolla rettale.

Intanto le anse del tenue aveano assunto un maggiore calibro per la diffusione dei gas e allora mentre celeremente rientro il pacchetto intestinale in cavità peritoneale, fo introdurre una lunga sonda nel retto, dalla quale escono i gas con abbondanti scoppi e si vede afflosciare completamente il colon sigmoideo dilatato.

Chiudo completamente il ventre; con duplice strato di sutura alla seta il peritoneo e l' aponevrosi; con uncini del MICHEL la cute.

L' infermo nella notte ebbe dieci scariche abbondanti di materiali e migliorò rapidamente. Il decorso fu dei più favorevoli per modo che fin dal 3° giorno dallo intervento cominciò a chiedere da mangiare e ci volle del buono per convincerlo che doveasi contentare per alcuni giorni del solo latte.

Il decorso dei primi giorni viene benissimo indicato dal seguente diario termometrico.

Diario termometrico — 26. Sera — Operazione

	Mattino	Polsi	Sera
27 Aprile	37,4	90	37,6
28	37		37,2
29	37		37,4
30	37		37,5
1 /5	36,8		36,8
2	36,7		36,8
3	36,8		37
4	36,8		36,8

Esce guarito il 10/5.

Oss. VIII.

Invaginamenti

Occlusione intestinale da 6 giorni. Laparatomia mediana. Invaginamento e gangrena in corrispondenza della fossa ileo-cecale; resezione e consecutiva anastomosi intestinale. — Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinate e morte per shoch.

Silvia Tancredi di Enrico entra il 31 luglio 1912.

È stata ricoverata la sera precedente con sospetto di appendicite ed occlusione intestinale.

Dalla famiglia posso avere le seguenti brevi notizie anamnestiche.

È stata sempre bene, ha sofferto talvolta stitichezza.

La presente malattia si è iniziata il 26 luglio con vivi dolori addominali, localizzati a preferenza attorno all'ombelico, con vomito e senza febbre. Nei cinque giorni di malattia le sono stati somministrati varii purganti oleosi e calomelano, le sono stati praticati varii enteroclismi, che non hanno dato alcun beneficio, invece hanno eccitato sempre più il vomito e i dolori addominali. La temperatura si è elevata a non oltre i 37.5. Ritenendosi dal

medico curante un' appendicite è stata inviata nell' Ospedale e trattata dal momento del ricovero coll' applicazione sull'addome del freddo a permanenza.

L'esame obbiettivo della piccola inferma lascia constatare la estrema gravezza delle condizioni generali. Occhi profondamente incavati, pelle madida di sudore, polsi radiali piccoli, frequenti, 160 al minuto, ma ritmici, lingua ancora un pò umida. Stato di eccitamento generale. Di tanto in tanto ha conati di vomito e in uno di questi ha emesso un grosso lombrico.

L'addome anteriormente è uniformemente tumido, senza marezzamento venoso; di tanto in tanto si vede la parete sollevata da movimenti vermicolari, che disegnano le anse intestinali, agitate da energici movimenti peristaltici.

La palpazione superficiale non suscita dolore nè ripulse di difesa, rilevo una lieve resistenza verso la fossa ileo-cecale. Colla palpazione profonda le dita affondando non risvegliano, che appena un accenno di dolore, percepiscono vuoto tutto l'addome e possono circoscrivere solo nella fossa cecale un tumore quanto un uovo di pollo, sul quale le dita possono svegliare dolore, palpare una superficie equabile, quasi liscia e a limiti piuttosto netti, occupando perfettamente la regione del cieco.

Ai fianchi vi è una leggiera resistenza, ma la consistenza è elastica. Quivi solo la percussione leggiera dà suono ottuso; spostabile coi movimenti di lateralità del corpo. Sul resto dell' addome la percussione dà suono timpanico più o meno profondo.

Null'altro essendovi da notare, tranne della costituzione gracile e della buona nutrizione, diagnosticando un *occlusione intestinale per invaginamento in corrispondenza della fossa ileo-cecale*, con essudato peritoneale libero in cavità peritoneale, previa autorizzazione della famiglia, procedo alla laparatomia coll'assistenza dei colleghi ed amici BALDASCINI, MAGLIULO, VERDE, FARANA.

Atto operativo — Con taglio mediano nella linea ombelico-pubica apro l' addome e noto come i vasi parietali diano poco sangue e infatti appena due sole pinze sono più che necessarie per l'emostasi.

Aperto l'addome vengono spinte in fuori le anse del tenue meteoriche e congeste mentre del liquido libero e torbido sfugge tra esse.

Esploro immediatamente la fossa ileo-cecale e quivi rilevo un tumore di una certa durezza elastica, circondato in basso da un cercine, che come un anello strozza l'ansa. Cerco trarlo in fuori e non cede così facilmente; appare l'appendice vermiforme lunga circa 3 cm. di colorito roseo e in sopra del cieco il colon avvizzito. Riesco

con dolce sforzo, dopo aver tratto fuori una buona parte dell'intestino tenue, a sollevare il tumore intestinale ed osservo che in basso e in fuori, in corrispondenza del punto dove uncinavo l'anello, vi è un tratto d' intestino ridotto di volume alla grossezza di un dito di adulto di consistenza aumentata, che trasversalmente circonda la base del cieco e si porta in dentro al di sotto dell' ansa del tenue; il dito esploratore però non passa al di sotto dell'ansa, non vi è alcun ponte, ma si arresta.

Sollevando ancora questo tratto d' intestino rilevo una vasta ulcerazione in corrispondenza dell' inserzione mesenteriale. Il lume dell' intestino è aperto, e si vedono gli increspamenti della mucosa, ma non geme del contenuto intestinale. Constatata tale ulcerazione, non riuscendo a trovare il modo di sciogliere questa torsione fissando un entorostato al di là della parte ulcerata e l'altro sul cieco, dopo aver garentito con numerose compresse di garza le anse prossimiori taglio questa ansa. Appena avvenuta la recisione dall'interno del cieco sguscia un tratto di 12 cm. d' intestino, di colore ardesiaco e con odore di gangrena. Avvolto questo pezzo in garza, tolgo l' enterostato dal capo afferente, non viene fuori del liquido intestinale, si retrae invece il capo sotto il ponte intestinale e così si rileva che continuasi in sopra e indietro e costituisce lo estremo dell'ansa afferente; qua lo strozzamento è così completo, per l'aderenza interna delle mucose, da impedire la fuoriuscita di gas.

Localizzata in tal punto la lesione, siccome le anse del tenue per la dilatazione non rientrano facilmente in cavità, allora nell'ansa afferente, al di sopra del punto di strozzamento, pratico una piccola incisione e fo uscire del gas accumulatovi (non completamente per evitare il rapido squilibrio circolatorio) applico poi l' enterostato Collin e introduco in cavità le anse del tenue lasciando il tratto sul quale deve cadere la resezione.

Reseco prima tutta la porzione della parete anteriore del cieco costituente il corpo del tumore col tratto gangrenato, svaginato nel momento del taglio, reseco in seseguito una porzione dell'ansa afferente al di sopra del punto di strozzamento e poi ne fo una rapida sintesi, unendo i due capi, prima cogli uncini del Michel e poi con sutura alla Lembert.

Data la gravezza della piccola inferma, nella quale procedeva l'operazione con una costante preoccupazione, specie per il cloroformizzatore, per un momento ho pensato alla formazione di un ano iliaco, ma erano tali le condizioni di gangrena della porzione invaginata e dopo la resezione le aperture intestinali così ampie, che il

tempo necessario per la fissazione degli estremi alla parete equivaleva a quella della loro sintesi.

Ristretta con doppia sutura la ferita addominale vi applicai lo zaffo alla Mickulicz e procedetti alla medicatura, mentre si praticava l'ipodermoclisi. La piccola inferma messa a letto ebbe varii conati di vomito, dopo mi chiamò per dirmi che aveva abbandonatemente evacuato. Infatti ne constatai la verità ma intanto i polsi delle radiali erano scomparsi, e sudori freddi cominciavano a inumidire il corpo.

Ad evitare possibilmente lo shoch feci ripetere la ipodermoclisi, e le iniezioni eccitanti, ma dopo qualche ora seguì la morte.

Oss. IX.

Torsione

Occlusione intestinale. Laparotomia laterale destra. Diverticolo e torsione dell'intestino con gangrena. Resezione. Anastomosi con uncini del Michel. Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinale e morte per shoch.

Iannone Antonietta, di a. 40, donna di buona costituzione e nutrizione generale.

Operata di cisti ovarica 7 anni fa.

Da otto giorni sono incominciate le sofferenze attuali e da tre giorni ha vomito continuo di materiali fecaloidi.

Nel momento dell'osservazione vomita del liquido gialletto, diarroico.

L'addome è tumido specie nella zona ileo-cecale; di tanto in tanto, in principal modo sotto l'azione delle contrazioni spasmodiche pel vomito, vedesi la parete anteriore dell'addome sollevarsi nelle varie zone e attraverso ad essa disegnarsi le anse intestinali fortemente dilatate e moventesi in vario senso.

Si ha in generale suono timpanico, ma vi è dell'ottusità nella fossa ileo-cecale, dove si può palpare una tumefazione allungata, di durezza elastica. Vi è ottusità nelle parti declive, spostabile coi movimenti. Si provoca dolore vivo alla palpazione, ma spontaneamente la donna avverte dolore, per cui ha un doloroso continuo lagno.

I polsi sono filiformi, evanescenti e frequenti per modo che non si riesce a contarli.

La lingua è arida e di un rosso lampone.

Si pratica la ipodermoclisi di 200 cmc. di siero fisiologico.

Si fa una iniezione di morfina ed atropina.

Si procede a laparotomia laterale destra.

Appena aperto l'addome viene fuori abbondante liquido ascitico, gialletto. Subito le dita toccano il sito dell'ostacolo e le anse afflosciate vedonsi tra alcune altre fortemente dilatate.

Nel mentre ricerco il punto esatto di strozzamento e comincio a spostare le anse dilatate vedo gemere del liquido intestinale da una delle anse dilatate. Asciugato con pannilini il liquido fuoruscito, applico un enterostato Collin per impedire dall' ansa afferente la uscita di altro liquido intestinale.

Coll' indice uncino al di sotto dell' ansa un anello attraverso al quale passa un' altra ansa afflosciata.

Dal margine libero di essa si prolunga in basso e in dentro un diverticolo, che va a finire verso il piccolo bacino, assottigliandosi e nella superficie cammina una venuzza serpiginosa.

Sollevo sul polpastrello questo diverticolo e mentre nella parte più bassa e più sottile vi passo un filo si lacera, dando un po' di sangue, ma ben presto si fa l'emostasi.

Rotto il diverticolo la parete dell'ansa subito si retrae e si può in tal modo seguire oltre l'anello fatto dall'ansa ulcerata.

Pur dopo àver tolto lo stiramento di questo diverticolo l' ansa rimane retratta da far apparire la grande differenza di calibro tra l' ansa afferente dilatata e questa afflosciata.

Ponendo ancora una pinza Collin su questo tratto afferente verso il tratto gangrenato, procedo, dopo l'unione del mesentere, all' anastomosi colle griffe di Michel.

Dopo tolto il Klämmer comincia il passaggio dei materiali nell' interno dell' intestino; si rileva un punto dal quale si ha gemizio e perciò rafforzo con due punti alla Lembert la sutura circolare; pertanto non avviene ancora con facilità il passaggio dei materiali.

Si porta il pacchetto intestinale fuori la cavità per togliere la torsione e si nota, che ciò non è facile, perchè ancora vi è una doppia torsione in alto e dopo che questa viene svolta rimane sempre quel tale ponte donde passa l' ansa afflosciata e rilevasi, che ciò dipende da una strana disposizione dell' ansa, che come un cordone viene teso tra ansa ed ansa, come se in passato siasi proceduto ad anastomosi latero-laterale delle anse o che aderenze poderose sieno venute tra essa. Malgrado tale disposizione, siccome l'ansa efferente afflosciata si è già in gran parte ripiena di gas e di materiali, che dimostra essere stata ripristinata la canalizzazione, data la prolungata esposizione all' aria del pacchetto intestinale e la gravezza della inferma, chiudo la parete lasciando uno zaffo alla

Mickulicz. Dopo 2 ore si ha ripristinamento della funzione evacuativa e consecutiva rapida morte.

Oss. X.

Restringimenti neoplastici

Esposito Carmela, di a. 22 da Pagani, nubile, donna di casa. Entra il 25 Agosto 1911 per occlusione intestinale. Laparotomia — Restringimento anulare dell'angolo splenico del colon. Resezione ed enterorrafia con doppia sutura alla Lembert-Zaffo alla Mikulicz. Ripristinamento della funzione intestinale. Morte per shoch. Diagnosi istologica: Tubercolosi intestinale.

Entra nel Reparto di pronto soccorso il 28, proveniente dal Reparto Osservazione, dove nei tre giorni di permanenza sono stati espletati i soliti mezzi di cura medica; rapidamente procedo all'esame dell' inferma.

L' *addome* è poco meteorico, è aumentato di volume, principalmente a destra e in basso e relativamente più depresso a sinistra.

Alla palpazione la parete anteriore è depressibile e può trattarsi senza svegliare dolori; nella fossa ileocecale e nella regione mosogastrica si riscontra una maggiore resistenza, ma essa è elastica e depressibile, evidentemente dovuta ad accumolo di materiali.

Alla percussione si rileva suono chiaro-timpanico, più o meno intenso in tutta l' ampiezza della parete; vi è suono ottuso lungo il colon discendente.

Nulla d' interessante vi è negli altri organi.

Lo stato generale è depresso, i polsi deboli sono al numero di 110, ha avuto frequente vomito nei giorni precedenti, ma questo ora è divenuto più rado per l' uso della tintura di belladonna.

Ha sofferto stitichezza e abituali dolori addominali, che si sono accentuati specialmente da due mesi.

Laparotomia mediana ad ore 23 del 28 imposta dalla gravezza dei sintomi.

Appena aperto l' addome vengono fuori le anse meteoriche del tenue e se ne favorisce l' uscita.

Si rileva enormemente dilatato il cieco, colla mano si segue il colon ascendente e trasverso; raggiunto l'angolo splenico del colon si percepisce un tratto di durezza lignea al quale segue il colon discendente vuoto.

Siccome questo tratto d' intestino non può venire portato tra i margini della ferita laparatomica, per l' aderenza alla parete posteriore e per la brevità del meso, è necessario far seguire un taglio trasversale fin sotto l'ar-

cata costale di sinistra; allora si può uncinare l'angolo splenico del colon, sollevarlo ed osservare che si tratta di un cercine di colore tendineo, scirrotico, che restringe completamente il lume intestinale.

Reseco qualche cm. in sopra e in sotto questo tratto d'intestino dopo avere interrotto con KLAMMER l'ansa afferente ed efferente e poi anastomizzo i due tratti con sutura a sopragitto della sottomucosa e della muscolare e con punti staccati alla LEMBERT - siero-sierosa.

Tolti i Klämmer si vede dilatare l'ansa efferente. Chiudo la parete addominale lasciando uno zaffo alla MIKULICZ, nell'angolo sinistro della ferita, in corrispondenza del punto anastomizzato. L'esame anatomico del pezzo dimostra trattarsi di cancro scirrotico del colon.

Al mattino alle 7, cioè dopo 8 dall'intervento, avviene una scarica abbondantissima di materiali fecali liquidi e segue rapidissima la morte essendo riuscito vano ogni altro soccorso. L'esame istologico del pezzo fatto dal Dott. TORRACA ha dimostrato invece trattarsi di processo tubercolare.

Oss. XI.

Occlusione intestinale da oltre 10 giorni. Laparatomia. Largo restringimento del colon epatico per largo tumore scirrotico. Ano contronatura. Morte al 6° giorno.

Sorrentino di Cercola. Età 45 anni, costituzione normale operaio stabilimento De Luca. Tipo bruno, nutrizione scaduta, occhi infossati, faccia ippocratica, lingua arida. Temperatura normale. Pulsazioni delle radiali 80. Polsi piccoli. Dice non avere altro sofferto che il colera, tre anni fa e di essere stato *sempre* bene. Nessuna sofferenza aveva nell'addome oltre la stitichezza. 13 giorni fa è stato preso da vivo dolore all'addome e da 12 giorni è incominciato un vomito ostinato con chiusura completa di ventre e con singhiozzo. I purganti oleosi ingeriti sono stati vomitati. La sonda rettale può spingersi in alto fino a 80 cm. Presenta l'addome abbastanza malleabile. È tumido nella fossa ileo-cecale e ombelicale depresso allo epigastrio lungo il colon trasverso e discendente. Lieve marezzamento venoso alla metà della parete di destra. Alla percussione si ha suono timpanico nella fossa cecale, ottuso lungo il colon ascendente e trasverso e chiaro nella ombelicale.

Alla palpazione si ha una certa tensione nella fossa cecale ma vi è poca dolentia e niente movimento di difesa. All'esplorazione rettale non si riscontrano ostacoli.

Diagnosi—Ostacolo nel colon, probabile invaginamento.

All' esplorazione laparatomica palpo un tessuto scirrotico che comprende il grande epiploon, l'angolo epatico del colon, e la parete addominale largo come la palma della mano e che si affonda verso l' ilo del fegato. Ai tentativi di dissezione dell' intestino si rilevano grandi difficoltà e facili lacerazioni. Tenendo conto del grave stato generale dell' infermo e della lunghezza di una entero-colostomia, fisso l'ansa del tenue prossima al cieco, alla ferita laparatomica. Sopravvive 6 giorni allo intervento. All' autopsia: Ulcera duodenale, cancro scirrotico nel colon ascendente, angolo epatico, con aderenze estese, peritonite fibrinosa.

Oss. XII.

Occlusione intestinale da tre giorni. Laparatomia Pneumatosi peritoneale: peritonite e ileo-paralitico da caso raro di ulcera perforante dell' estremo inferiore dell'esofago; chiusura del ventre con zaffo alla Mikulicz. *Bronco-polmonite a destra. Pleurite fibrino-purulenta a sinistra. Toracentesi. Guarigione della laparatomia e delle varie manifestazioni morbose.*

Questo caso ho recentemente illustrato nel Movimento Sanitario N. 8, di quest'anno per l' interesse speciale che presentò nello inizio dei fenomeni occlusivi, nel reperto anatomo-patologico, nel decorso post-operatorio, nelle complicanze e nella guarigione, definitiva per oltre un anno e mezzo e nella diagnosi di natura e di sede di processo. Di esso perciò ritengo sufficiente l' intestazione data.

Oss. XIII.

Occlusione intestinale. Ileo-paralitico iniziatosi otto giorni prima. *Laparatomia. Infezione colerica.*

Trasportata all' ospedale in stato gravissimo, l' operai di laparatomia insistentemente sollecitato dai colleghi, essendomi prima negato sospettando una infezione coleriforme. Il reperto anatomo-patologico e l'esame batteriologico dai materiali espulsi confermarono la diagnosi d' infezione coleriforme. Tale caso separatamente illustrai nella «Rivista Sanitaria, anno X, N. 18, 1911». *Casistica clinica. Occlusione intestinale ed infezione coleriforme.*

Oss. XIV.

Occlusione intestinale da 5 giorni per ileo-paralitico e raggrinzamento di ansa intestinale consecutivo a processo suppurativo cronico nello spazio retto-vescicale — Laparatomia — Zaffo alla Mikulicz — Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinale — Morte per occlusione recidivata.

È questo un caso recente della clinica privata.

Col. C., di a. 59, di ottima costituzione ma defedato e denutrito da 4 mesi di persistente infermità, manifestatasi con febbri intercorrenti, precedute da brividi di freddo, che salivano fino a 40° C. e poi decadevano con sudori e che duravano alcuni giorni, fino a quando si poneva ad assoluta dieta lattea e ricominciavano trascorso alcun tempo.

Oltre tali febbri vi era una persistente cistite con ipertrofia prostatica. Eravi stitichezza e una dolorabilità all' ipogastrio.

Lunedì avvertì un dolore intenso all' ipogastrio, che ben presto si diffuse al resto dell'addome. Dopo due giorni s'iniziò vomito e chiusura completa di visceri. I purganti e gli enteroclismi non raggiunsero alcun effetto; il vomito divenne fecaloide, gli occhi infossati, la faccia raggrinzata, la voce fioca, i polsi piccoli e frequenti; la coscienza obnubilata, faceva temere prossima la fine. Cogli eccitanti migliorarono le forze e il venerdì fui chiamato ad osservarlo e notai: alla ispezione addome tumido nella metà sott' ombelicale, più depresso in alto; alla palpazione dolente la fossa ileo-cecale, la ipogastrica e la fossa iliaca sinistra fino al fianco sinistro e si rilevava una resistenza maggiore sul legamento di Poupart a destra e un poco sulla regione ipogastrica e quivi corrispondeva alla percussione suono ottuso. Pel resto dell'addome il dolore era quasi nullo e il suono chiaro; eravi suono ottuso ai fianchi con lieve spostabilità ai movimenti di lateralità. All'esplorazione rettale rilevai prostata lievemente ipertrofica e indietro di essa una tumefazione quanto una grossa arancia, duro elastica, dolente specie verso i lati, e persistente anche dopo il cateterismo evacuativo. Feci diagnosi di ileo-paralitico da possibile processo suppurativo tra vescica e retto, diffuso verso i lati. Feci applicare la vescica con ghiaccio, e somministrai della belladonna e della valeriana rimandando al domani il possibile intervento.

L' indomani dopo mezzogiorno potei rivedere l'infermo.

Il vomito era cessato, continuava il singhiozzo, i polsi piccoli erano 110. Il nuovo esame e la persistente ostacolata canalizzazione intestinale mi convinsero sempre più di un processo suppurativo che aveva dato origine ad ileo - paralitico e forse anche a compressione. Dimostrai perciò che era necessario un pronto intervento dal quale avrebbesi potuto sperare il 20 °/₀ di probabilità per un esito favorevole.

Accettata si potè praticare la laparatomia la sera di sabato alle ore 21 assistito dal collega Verde e Jascone.

Appena aperto il peritoneo con taglio ombelico-pubico comincia a venir fuori del liquido torbido; scostando alcune anse del tenue, che si presentano nella ferita, il liquido diviene più lattiginoso con flocchi fibrinosi ed è sempre più abbondante per modo, che in parecchi litri si è apprezzata la quantità fuoruscita. Prosciugata la cavità con garza idrofila rilevo tra vescica e tenue una cavità suppurata e verso il cieco dell' edema che infiltra il peritoneo e i meso, divenuti di colore grigiastro, le anse lievemente aderenti al peritoneo della parete anteriore. Rompendo col dito le lievi aderenze sopra il cieco vien fuori ancora notevole quantità di liquido ascitico citrino.

Quando tutto il liquido ascitico è venuto fuori si può portare l' esame nello spazio prerettale e quivi riscontro trasversalmente l' ultimo tratto del tenue raggrinzato e afflosciato ed aderente alla sacca dietroposta alla vescica donde proveniva il liquido fibrino-purulento; dilatando colle forbici l'orifizio ulcerato viene fuori altro liquido purulento e col dito si può rilevare che è una sacca cistica; fisso i margini con due klammer e spiego, distaccando le varie aderenze, il tratto dell'ansa del tenue raggrinzata ed afflosciata e si vede a vista dilatarsi e canalizzarsi. Allora non reputo utile l'eviscerazione e perciò restringo la ferita parietale ed applico nell'angolo inferiore della ferita, uno zaffo alla Mikulicz facendo pescare lo estremo nel fondo della sacca purulenta la cui probabile origine devesi ad ascesso prostatico.

Decorso post - operatorio. — Segue all' intervento una miglioria evidente sia nello stato generale, che nella canalizzazione intestinale, infatti comincia ad emettere dei gas e diminuiscono i dolori addominali e il meteorismo. Al 2° giorno, essendo la medicatura inzuppata di liquido, il collega Verde la cambia e rimette lo zaffo trasportato fuori dall'abbondante liquido purulento. Però nelle ore pomeridiane ricompaiono i fenomeni occlusivi, si accentuano alla metà destra il meteorismo e il dolore e la notte segue morte.

Ai casi d'intervento personale di occlusione intestinale, aggiungo i seguenti, che si sono avuti nel reparto e che sono stati operati dai Colleghi di servizio.

Oss. XV.

Gallo Francesca, da Torre Annunziata, di anni 29.
Entra il 9 gennaio 1911, viene operata subito dal chirurgo di guardia e muore nello stesso giorno.

Oss. XVI.

Cipriano Maria Giuseppa, fu Antonio e Carmela Salerno, da Bellona, di a. 66 d. d. c.
Entra il 4 novembre nel Reparto osservazione, viene operata l'11 novembre e muore il 16 dello stesso mese 1911.

11/II	Temp. mattino	Sera
12	38,2	38
13	37.2	38
14	36.8	37.2
15	36.9	37
16	35	37.2

Oss. XVII.

Mancini Francesca, di a. 37 da Acquaviva delle fonti.
Entra alle ore 8 pomeridiane del 6 settembre 1911 con *fenomeni d'ileo e peritonitici*, alle ore 10 pom. viene operata dal Collega Stinelli di *laparotomia laterale sinistra*. Trova peritonite siero-fibrinosa acutissima per cangrena e perforazioni di un'ansa del tenue, consecutive a strozzamento interno da numerose briglie, che circondano un'ansa intestinale e la fissano alla prossimiore. Previa resezione del tratto necrosato, pratica un ano contro natura.
Alle ore 12 dell'indomani (14 ore dopo l'intervento), muore. Dall'ano artificiale era fuoruscita gran copia di materiale fecale giallo-tenue.

Oss. XVIII.

Occlusione intestinale da briglie infiammatorie per tubercolosi peritoneale. Laparatomia (Dott. Baldascini)

Del Bianco Rosa, di a. 22, di Alessandro, da Bientina. Entra il 7 maggio 1912.
Ragazza bionda, cameriera, proveniente dal carcere, ha fenomeni di occlusione, iniziatesi da 48 ore, nutrizione discreta. L'anamnesi è oscura.
Previa narcosi cloro-eterea e sterilizzazione della pa-

rete addominale alla Grossich procede alla laparotomia mediana. Trova il peritoneo e la superficie seriosa dello intestino cosparsa di tubercoli di varia grandezza e nelle diverse fasi di sviluppo. Tutta la porzione superiore del tenue ($^2/_3$) è meteorica, però nell'intestino v'è anche materiale fecale liquido, che forse mascherava lo spostamento di suono. Nella fossa iliaca destra l'ostacolo era dato da una forte briglia che strozzava l'ansa del tenue vicino al cieco. Rimossa la briglia previa legatura viene fatta una plica nell'intestino al punto strozzato ed usurato con sutura alla Lembert, per sicurezza di resistenza al passaggio del contenuto intestinale, che avveniva bene attraverso il punto strozzato: viene chiuso l'addome con sutura a strati.

Il decorso post operatorio fu ottimo, si ebbe guarigione completa, migliorò lo stato generale, ma dopo qualche mese si iniziarono fenomeni di tubercolosi degli apici e perciò il 10 giugno 1912 venne passata in sala medica dove, dopo qualche tempo è morta.

Oltre i casi illustrati coll'intervento altri se ne sono avuti nel reparto, nei quali non è stata possibile l'operazione, ma che non pertanto sono degni di cenno.

Oss. XIX.

Occlusione intestinale da peritonite appendicolare?

Gaiola Concetta, di a. 57.

Entra il 27 agosto 1912.

Dice di essere stata sempre di buona salute.

È inferma da un mese e il principale sintoma è stato quello della febbre accessionale. Da 10 giorni alla febbre si è aggiunta *occlusione intestinale,* che non è stata vinta dai purganti e dagli enteroclismi. Per diminuire le sofferenze ha usato cataplasmi caldi e freddi, ma esse non rassomigliabili a vero dolore, sono rimaste sempre le stesse: hanno punto di partenza nella regione ombelicale, e si diffondono in giro per l'addome e sono dovute, al dire dell'inferma, al passaggio dei gas, che non vengono emessi per l'ano; assicura che non ha avuto mai vomito, questo però osservasi durante la permanenza nel reparto, in seguito all'ingestione di olio di ricini.

È donna assai malandata, di colore pallido, con nutrizione scaduta. Ha lingua aridissima, rosso lampone, polsi delle radiali piccoli, depressibili (120 al minuto) con 37,9 di temperatura generale.

L'addome è enormemente meteorico, depressibile con la pressione senza che si provochi alcun dolore durante la palpazione anche se profonda. Invece in tal momento

osservansi visibili i movimenti peristaltici con maggiore tensione verso l' ombelico. Alla fossa ileo-cecale, nel limite inferiore, si ha maggiore resistenza alla palpazione. La percussione dà suono chiaro timpanico diffuso. L'applicazione di una sonda rettale, non dà alcuna emissione di gas, nè permette spingerla oltre i 20 cm^3.

L' inferma e i parenti per l' incertezza della riuscita rifiutano l' intervento, e i parenti, malgrado la gravezza, ritirano l' inferma.

Oss. XX.

Occlusione intestinale per stenosi pilorica da cancro

Santoro Rosa fu Sebastiano e Antonia Mofrolla, di a. 55. Entra il 6 luglio in uno stato preagonico con completa chiusura di ventre e con ambascia vivissima.

E' di colorito cereo con scarsissimo pannicolo adiposo, ha frequente vomito, mucoso, scuro, marcatamente fetido. Dall'anamnesi risulta che ha avuto parecchie volte ematemasi. Lo stato gravissimo sconsiglia anche un semplice esame dell'addome.

Ai casi precedenti devo aggiungere i seguenti, ricevuti in sala con diagnosi di occlusione intestinale e che non operai o per l' estrema gravezza o perchè la sintomatologia oscura dava dei dubbi che si trattasse di ileo; l' esito infausto non ha lasciato nell' animo alcun rammarico pel mancato intervento.

Oss. XXI.

Ileo-paralitico-appendicite

Martino Maria Grazia, fu Luciano, di a. 56, da Marano, entra in sala l' 11 Ottobre 1912 con sospetta occlusione intestinale e muore il 13 Ottobre.

I fenomeni occlusivi eransi iniziati cinque giorni prima con vivi dolori addominali, che avevano la loro accentuazione nella fossa ileo-cecale; si era aggiunta chiusura completa di ventre, scarsezza di urine e sofferenze al fianco sinistro e all' ipocondrio sinistro, sede frequente di dolore e gonfiore. Raccontava infatti, che da 10 anni, intercorrentemente avea avuto in quest' ultima sede, dolori vivi, ai quali seguivano: graduale aumento di volume del fianco sinistro e contemporanea diminuzione della quantità delle urine fino ad aversi quasi completa anuria.

Dal 3° o 4° giorno dell' inizio di questi disturbi ricominciava il graduale aumento delle urine fino alla emissione di circa tre litri in un solo giorno e la diminuzione fino

alla scomparsa del dolore e del gonfiore al fianco e allo ipocondrio sinistro. In tale periodo soffriva ostinata stitichezza e peritonismo.

Esame obbiettivo — L' addome era tumido e non dava apparenti differenze. Alla palpazione si rilevava una resistenza più accentuata nella fossa ileo-cecale, senza svegliare nell'aia del Mac Burney o nella vicinanza dolore o difesa muscolare. La palpazione profonda non riusciva possibile per la grassezza e la tensione delle pareti. Alla percussione vi era suono timpanico diffuso, più chiaro all' epigastrio e a sinistra. Cuore sano. Senza febbre. Col cateterismo vennero estratti oltre 300 cmc. di urine che all'esame chimico dimostrarono albumina e zucchero in discreta quantità; all'esame microscopico cilindri ialini.

Non essendovi sintomi chiari di localizzazione appendicolare, risultando dall'esame delle urine, un certo grado di diabete con nefrite interstiziale e dai dati anemnestici dei possibili disturbi di idronefrosi intercorrente a sinistra, dubitando che potesse esservi anche ostruzione da coprostasi, somministro prima della belladonna e poi un purgante oleoso; si ottiene abbondatissima defecazione, ma il vomito non cessa e le sostanze emesse portano tracce di sangue, aumenta la tumefazione addominale, si abbassa la temperatura e segue morte.

Diario termometrico:

10/10			37
11	37.5	purgante	36.4
12	35.5	oleoso	36.4
13	35.4		35.6

Autopsia 14 Ottobre — Settore Prof. Pedicini

Costituzione scheletrica regolare. Abbondante pannicolo adiposo. Scarsa rigidità cadaverica.

Addome fortemente meteorico, anse del tenue fortemente meteoriche, iperemiche, conglutinate da un essudato fibrino-purulento, che diventa più abbondante in prossimità della zona ileo-cecale, nella quale si trova una collezione di marcia (circa gr. 300) chiusa da essudato fibrinoso.

Sul cieco preme un classico fibro-mioma del ligamento largo e composto di tre tumori, uno dei quali più grosso, fortemente fibroso al taglio. Altri piccoli tumori sono nelle pareti dell' utero; piccoli quanto un pisello.

La mucosa del cieco è sana. L' infiammazione intorno alla periferia e al peritoneo vi è diffusa. Si tratta di una vera forma di peritiflite suppurativa, di cui è difficile sta-

bilire la causa, se non quella meccanica, dipendente dalla pressione del tumore.

« *Diagnosi anatomica* — Nessuna occlusione intestinale.
« Reni con nefrite parenchimatosa subacuta. Insomma si
« tratta di una peritiflite suppurativa, peritonite settica
« generale, miofibroma dei ligamenti larghi dell' utero,
« nefrite tossica parenchimatosa ».

Oss. XXII.

Scognamiglio Anna, di G. Battista, di a. 5.

Viene portata da Ponticelli nelle ore pomeridiane del 5 Giugno 1912.

Il 6 trovo in sala questa bambina con febbre discreta, con addome uniformemente tumido e resistente ma che è possibile palpare senza svegliare difesa muscolare; la lingua di colore rosso lampone è assai arida. Vi è sensorio depresso.

I parenti non avevano lasciato sufficienti notizie sulla storia clinica. Si sapeva solo per mezzo delle infermiere che da alcuni giorni eransi iniziati i disturbi intestinali con vomito e dolori addominali. I purganti erano stati vomitati senza provocare delle scariche.

Il quadro clinico non indicava nemmeno con probabilità un ileo-dinamico da peritonite perforativa o suppurativa e perciò feci osservare la piccola inferma al Prof. De Ritis, Direttore di Sala medica, il quale non potè escludere, che si trattasse di *semplice* infezione intestinale, e non trovò indicazioni sufficienti per un intervento, controindicato anche dalla gravezza dello stato generale, quindi si applicò il ghiaccio a permanenza sull' addome. Nella mattina successiva seguì morte e i parenti non permisero la autopsia.

Oss. XXIII.

Ferola Concetta, fu Ferdinando, da Napoli, di a. 40.

Entra il 23 Maggio 1912 per occlusione intestinale. Esce il 13 Giugno 1912.

L' inferma da due giorni era in preda a forti dolori addominali, a chiusura di ventre e a vomito incoercibile. L' addome si presentava tumido e meteorico, la lingua impaniata, lo stato generale apparentemente gravissimo.

Nulla d'importante vi era nell'anamnesi, fatta eccezione di una stipsi ostinata, che negli ultimi giorni si era accentuata.

Il Collega che l' avea fatta venire in ospedale aveva creduto che ci si trovasse in presenza di una occlusione intestinale in atto e che fosse urgente l' intervento.

Osservata l'inferma, mi convinsi che i fenomeni colici e il peritonismo stessero in rapporto ad azione riflessa da infiammazione cronica parametritica e però feci sospendere ogni preparazione per l'operazione. Somministrata della tintura di belladonna, applicata la vescica di ghiaccio sull'addome, fatto fare un enteroclisma di glicerina e poi introdotta la sonda rettale le sofferenze cominciarono a diminuire, fin alla scomparsa. Fu continuata invece la cura pei disturbi della sfera genitale e dopo 20 giorni lasciò l'ospedale completamente rimessa.

Ancora recentissimamente altri due casi operati in Sala nostra dai chirurgi di guardia hanno dimostrato il danno dell'intervento tardivo e la necessità di esso, che applicato a tempo avrebbe potuto dare un esito assai diverso:

Oss. XXIV.

Ileo-dinamico da appendicite suppurata e peritonite purulenta diffusa. Laparatomia. Drenaggio alla Mickulicz. (Op. Dott. Nigro). Morte nella notte dopo poche ore dall' intervento.

Bidognetti Marianna, di a. 16, da Casal di Principe. Viene portata il 7 Luglio, e subito operata dal dottor NIGRO che dal reperto anatomo-patologico riconosce che la lunga attesa ha reso inutile la fatica dello intervento.

Oss. XXV.

Occlusione intestinale da briglie peritoneali « per pregressa tubercolosi ? » Laparatomia. Taglio delle briglia. Morte. (Op. Prof. Rizzo).

Del Vecchio Anna, di a. 10, da Venafro. I fenomeno occlusivi si erano iniziati cinque giorni prima con vomito. Era stata trattata con purganti e clisteri. Essendosi notato un aggravamento nello stato generale è stata inviata in Napoli. È giunta nell' Ospedale nelle ore pomeridiane del 3 Agosto 1913, e dopo due ore, malgrado la triste prognosi per la gravezza dello stato generale, è stata operata dal valente Prof. RIZZO, ma dopo poche ore è seguita morte.

*
* *

Le osservazioni nelle quali sono intervenuto vengono così distinte:

per *briglie:*

1. Occlusione recidivante per strozzamento e gangrena di un' ansa dell' int. tenue, da briglia filiforme, consecu-

tiva a peritonite adesiva seguita a parto cesareo e ad occlusione intestinale da briglie cicatriziali. Guarigione.

2. Occl. int. da 8 giorni — Strozzamento per briglia filiforme. Guarigione.

3. Occl. int. da 7 giorni — Strozzamento di anse del tenue da briglie e saccoccie infiammatorie. Taglio delle briglie e delle saccoccie. Ripristinamento funzionale immediato della canalizzazione intestinale con morte.

4. Occl. int. — Strozzamento da briglie nastriformi. Taglio delle briglie e chiusura del ventre. Guarigione.

per *aderenze* ed *inginocchiamento*.

5. Occl. int. da 8 giorni — Aderenze ed inginocchiamento di un' ansa del tenue al corpo dell' utero già operato di parto cesareo conservativo. Distacco. Guarigione.

6. Occl. int. da inginocchiamento di un tratto di ansa del colon discendente presso la porzione sigmoidea in seguito a larga aderenza per processo cicatriziale e peritonitico da ferita lacero-contusa della parete addominale. Anastomosi latero - laterale. Ripristinamento funzionale della canalizzazione e morte.

per *volvulo*:

7. Occl. int. — Volvulo delle porzione sigmoidea del colon, a lungo meso, che enormemente dilatata comprimeva il colon ascendente e il duodeno — Svolgimento del volvulo — Guarigione.

8. Occl. int. per *diverticolo* e *torsione* — Diverticolo e torsione dell' intestino con gangrena — Resezione e anastomosi termino-terminale con uncini del Michel — Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinale — Morte.

9. Occl. int. da 6 giorni per *invaginamento* — Invaginamento e gangrena dell' ileo e del cieco; resezione e sintesi intestinale — Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinale e morte.

10. Occl. int. per *stenosi* da *ulcerazioni microbiche* — Restringimento anulare dell' angolo splenico del colon. Resezione ed enterorrafia con doppia sutura alla Lembert — Zaffo — Ripristinamento della funzione intestinale — Morte — Diagnosi istologica — Tubercolosi intestinale.

11. Occl. int. da 10 giorni per *stenosi da ulcerazione cancerigna* — Larga aderenza intestinale e restringimento del colon epatico per tumore scirrotico — Ano contronatura — Morte.

12. Occl. int. da 5 giorni per *ileo-dinamico* — Ileo-paralitico da peritonite e raggrinzamento ed aderenza di ansa intestinale, consecutivo a processo suppurativo cronico nello spazio-retto-vescicale — Zaffo — Ripristinamento funzionale della canalizzazione intestinale—Morte.

13. Occl. int. da tre giorni — Pneumatosi peritoneale peritonite ed ileo-paralitico da caso raro di ulcera perforante dell'estremo inferiore dell'esofago. Laparatomia e zaffo — Broncopolmonite a destra — pleurite fibrino - purulenta a sinistra — Toracentesi — Guarigione della laparatomia e delle varie manifestazioni morbose.

14. Occl. int. da 8 giorni — Ileo-paralitico per infezione colerica. Morte.

Tra i sei interventi dei chirurgi di guardia si hanno dati che dimostrano l' occl. dovuta a *briglie.*

17. Occl. int. — Peritonite purulenta. Ileo - gangrena e perforazione di un' ansa del tenue consecutiva a strozzamento da briglie. Resezione e ano contro natura. Morte dopo 14 ore.

18. Occl. int. — Briglie da tubercolosi peritoneale. Guarigione,

25. Occl. int. — Briglie intestinali. Morte dopo poche ore dall' intervento.

a *ileo-dinamico :*

24. Occl. int. — Appendicite suppurata e peritonite diffusa. Morte dopo poche ore.

Nei casi nei quali non si è intervenuto l' occl. era dovuta *clinicamente* a stenosi neoplastica in un caso. (XX).

20. Occl. int. Stenosi pilorica da neoplasia cancerigna. Morte dopo 24 ore.

Negli altri *clinicamente* ad ileo - dinamico da processi infiammatori, ma solo in uno (XXI) si è potuto avere il reperto anatomo-patologico, che ha dimostrato l'esistenza di un processo suppurativo e peritonite settica diffusa.

L' intervento anche in questo caso sarebbe stato di probabile utilità in rapporto alle gravi complicanze di ricambio materiale (diabete) e anatomo - patologiche, nefrite e tumori uterini.

È questo elenco un vero sepolcreto; pur mi auguro, che esso possa essere fonte di vita.

***

Dai casi in esame si è potuto vedere, come le condizìoni anatomo-patologiche della cavità addominale non potevano essere modificate da altro mezzo terapico, che dallo intervento chirurgico, il quale per la canalizzazione intestinale è riuscito *sempre* efficace, ma si è visto anche sotto quali condizioni disastrose dello stato generale l'operazione è avvenuta, per modo che l'opera chirurgica, con tali esiti, verrebbe confermata nel discredito e il chirurgo tacciato di imprudente.

Purtroppo non può esser data a noi la visione netta, che non permanga ancora negl' infermi una sufficiente riserva di resistenza latente capace di ritrarli dal limitare di Dite, è perciò che ritengo sia doveroso l' intervento, sempre che l' infermo non sia in uno stato preagonico. Questa condotta nei casi in esame mi ha dato il 46 % di guarigioni definitive e certo non è di gran lunga inferiore alle più recenti statistiche, infatti il Naunyn su 288 casi ebbe il 75 % di guarigioni pei casi laparatomizzati nei primi due giorni dell' occlusione e il 35-40 % nei laparatomizzati al 3° giorno dall'occlusione (1). e nella statistica del Fantino su 106 casi il 69 % di guarigione.

La difficoltà sta nello scegliere il giusto mezzo, sta nel comprendere quali ammalati possano guarire senza il bisturi del chirurgo, quali non possano avere scampo all'infuori dell'operazione, quali infine siano fatalmente predestinati qualunque sia la nostra condotta (Fantino) (2).

Comprendesi quindi che si avranno sempre degli inconvenienti o per ritardi operatorii o per interventi precoci o non necessarii, ma questi saranno sempre meno dannosi dei primi, poichè i perfezionamenti della tecnica e l' asepsi hanno reso la laparatomia esploratrice relativamente innocua.

Un giorno rilevando il servizio di guardia nell'ospedale Incurabili, trovai nella stanza di pronto soccorso il personale di guardia coll'apparecchio per la enteroclisi elettrica, che veniva preparata per un giovine di circa 30

---

(1) Pierre Duval — iléus Precis de Pathologie chirurgicale vol. III. 1911.

(2) Giuseppe Fantino — Contributo clinico allo studio delle occlusioni intestinali. La Clinica chirurgica. Anno XX n. 3.

anni, di costituzione aitante e robusta, di nutrizione ottima, di colorito roseo, che all'impiedi *senza alcun cenno di sofferenza*, osservava tutto ciò, come se non lo riguardasse. A richiesta seppi, che da un paio d'ore l'infermo era stato ricevuto per *occlusione intestinale*, iniziatasi due giorni prima con vivissimo dolore nella fossa ileocecale; dolore localizzatosi in seguito nella regione ombelicale dove permaneva più intenso e continuo, ma che poteva venire eccitato ancora nella regione ileo-cecale premendo nella linea Mac Burney. Al dolore era seguito vomito. La percussione dimostrava meteorismo diffuso a tutto l'addome per modo, che il suono timpanico occupava anche le aie epatica e splenica. Nell'anamnesi remota e prossima nulla vi era di notevole, avendo goduto sempre ottima salute, nè il giorno prima avea mangiato alimenti di difficile digestione. L'esplorazione rettale non lasciava osservare alcun segno obbiettivo interessante, per quanto il dito venisse spinto in alto. La cannula dell'enteroclisma elettrico non si potè spingere oltre l'ampolla rettale, però un buon litro d'acqua venne immesso nel retto. Sotto l'azione della corrente elettrica si vedeva bene stimolare la parete addominale e a questo seguire energici movimenti espulsivi rettali, però solo l'acqua del clistere venne fuori, senza alcuna spinta di gas. Al mancato esito del clistere elettrico il collega medico volgendosi a me disse: *ed ora il resto alla vostra valente opera.* Feci mettere l'infermo a letto e poco convinto ancora, che fosse necessaria l'opera mia, pur ordinando, che si preparasse per la laparatomia gli feci applicare la vescica con ghiaccio. Trascorsa un'ora, malgrado che il freddo non si fosse ancora usato, tornai ad osservare l'infermo: aveva polsi frequenti 100, piccoli, la temperatura 37.8 sofferenze minime, conati di vomito bilioso; all'ascoltazione addominale assenza quasi completa di rumori intestinali; applicai la sonda rettale e con una certa meraviglia la potei spingere intera in cavità; la ritrassi quasi schiacciata a modo di nastro e nell'estremo superiore con tracce di materiale diarroico. Da questo momento s'iniziarono le evacuazioni ed allora fu fatta una siringa d'atropina e in due ore seguirono 4 scariche diarroiche diminuendo il meteorismo. Il giorno successivo, notevolmente migliorato, lasciò l'ospedale.

Lo stesso giorno di guardia da un collega chirurgo venne inviata all'ospedale una robusta giovane nubile, che dal mattino aveva avuto vomito, dolori e chiusura di ventre, con addome assai prominentemente globoso e resistente nella metà inferiore, come per gravidanza a 7 mesi, gonfiore che assicurava essersi manifestato dal mattino (!) sen-

za causa apprezzabile. La percussione dava suono ottuso. Non vi era febbre, la lingua umida e rosea. L' esplorazione rettale dimostrava anche lo stesso sviluppo ovoidale del tumore. Il cateterismo diede uscita a pochi cmc. di urine limpide (avea urinato da poco). Con esame così incompleto, con stato generale che non rendeva conto di gravi lesioni addominali acute, si consigliava l' intervento. Credetti che fosse troppo presto e che fosse il caso di uno studio completo per venire a una diagnosi di natura, e di sede di processo. Il medico ragionevolmente fece le sue lagnanze, perchè si era fatta passare al Pronto Soccorso una inferma, che *regolamentarmente* dovea rimanere ancora sotto la sua giurisdizione di osservazione e di studio. Nella mia forzata assenza di alcuni giorni, fu operata nella IV Sala donne e si trovò cisti dermoide dell' ovaia che *solo* il 1° giorno diede disturbi di canalizzazione.

Nemmanco a farlo a posta, questi due casi, dimostrano quanta cautela debbasi avere prima dello intervento e quanto sia difficile la decisione a questo e mettono la quistione, nel vero campo pratico dimostrando, come il dualismo antico tra medicina interna e medicina esterna, qui abbia la sua massima esplicazione e spesso con danno dell' infermo. Finchè il chirurgo rimaneva la mano tecnica, che il medico dovea dirigere dopo gli esami, gli studi, gli esperimenti, ciò poteva essere razionalmente indicato, oggi però che le escursioni chirurgiche si sono spinte anche nel campo più strettamente medico, è imposto al chirurgo non il solo studio accurato del tecnicismo della manualità, ma quello dell' infermo con tutte le risorse semiologiche e sperimentali, insomma il chirurgo moderno deve formarsi una educazione medica completa, perchè il suo intervento deve essere principalmente *cosciente*, altrimenti la sua opera può divenire pericolosa. Tale criterio allarga gli orizzonti sia del campo medico, che di quello chirurgico e restringe sempre più i limiti di quello strettamente medico, che di quello strettamente chirurgico.

Oramai l' esperienza ha assodato, che la cura dell' occlusione *meccanica* nelle sue numerose e svariate forme e nelle sue varie localizzazioni, non può essere, che assolutamente e strettamente chirurgica e che anche nella forma *dinamica* molte più volte può salvarsi l' infermo coll' opera chirurgica. Sono invece assai limitati i casi di una efficace ed esclusiva cura medica (ileo-paralitico o ileo-spasmodico per lesioni nervose, per azioni riflesse specie infiammatorie, per intossicazioni

chimiche o batteriche e nell' ostruzione intestinale da fecalomi); tra i rimedi medici più usati in generale può ritenersi che i purganti e il clistere elettrico facciano sempre male nella forma di ileo meccanico, e non sempre sono consigliabili e giovevoli nell' ileo - dinamico. In presenza di una sospetta occlusione intestinale, tra le numerose difficoltà diagnostiche di natura e di sede di processo, è il più spesso possibile la distinzione tra una forma dinamica e una meccanica ed essa per le esigenze cliniche è il criterio più interessante. Posta la diagnosi di occlusione intestinale meccanica è al chirurgo che devesi affidare l'infermo, se dinamica al medico il quale giudicherà se sia il caso dell' intervento chirurgico.

Nei rapporti del servizio locale di pronto soccorso nel nostro ospedale Incurabili, dove è tradizionale che l' infermo con sospetta occlusione intestinale deve riceversi in sala medica, ad ovviare ai ritardi inevitabili per il movimento degl' infermi tra i reparti chirurgici e medici nel caso d' intervento, sarebbe certo più pratico e più utile, che fin dal primo momento gl' infermi venissero inviati nel reparto chirurgico, dove sarebbe provveduto per l'osservazione e lo studio e per la cura definitiva da farsi o in sala chirurgica, se necessario l' intervento o in sala medica, se di spettanza medica.

***

Non entro nel vasto campo di studio delle *occlusioni intestinali*, perchè le opere chirurgiche moderne ampiamente svolgono l' importante argomento e non farei che ripetere quanto già si conosce. Tra le recenti patologie chirurgiche trovo splendide per precisione e chiarezza riassuntiva il capitolo di Pierre Duval nel III Vol. del *Precis di Pathologie chirurgicale* 1911.

Sullo stesso argomento nel nostro paese sono certo degne di ricordo e di essere studiate due pregevolissime monografie: una del 1894 del Lo Savio Vincenzo che illustra: *la diagnostica e la cura della ostacolata canalizzazione dell' intestino*, riassumendo tutto quanto si era fatto fino allora, specialmente in rapporto alla Medicina Operatoria dell' intestino, e una recentissima (1913) del collega ed amico Gravina, che collo stesso indirizzo, con erudizione critica e con pratica personale clinica e sperimentale tratta quanto si conosce sulla *chirurgia delle occlusioni intestinali*.

Nihil sub sole novum

Sembrami invece più interessante far conoscere al lettore alcune ricerche storiche dello Hevin *sulla gastrotomia o apertura del basso ventre, nel caso di volvulo o d'intussuscezione dell'intestino* riassunte dalle memorie dell'accademia reale di chirurgia Vol. III (pag. 23 e 568), tanto più che la discussione sull' argomento riuscì certo per l'autorità dei chirurgi dell'epoca a ritardarne lo sviluppo storico e a rinsaldare criterii, che ancora oggi in alcuni ambienti predominano.

***

Recherches historiques sur la gastrotomie, ou l'ouverture du bas-ventre, dans le cas du volvulus, ou de l' intussusception d'un intestin, par M. Hevin, membre de l'Académie royale de chirurgie; et memoire inedit. posterieur a cette publié, dans le tome IV des Mémoires de cette Académie et inséré par M. Dézaimery dans le *Iournal des connaisances medico - chirurgicales* num. de sept. e nov, 1836.

Si rimprovera ai chirurgi moderni, nella storia della medicina del Freind, che gli antichi aveano proposto delle operazioni assai utili, che sono state dimenticate o abbandonate. Non saremmo da scusare se, a detrimento dell'arte e a pregiudizio degl'infermi, la prevenzione o il difetto d'esame ci facesse pronunziare la proscrizione di alcuni mezzi ai quali si potrebbe ricorrere con successo. Ma si sono bene interpretati gli antichi nella descrizione ch'essi hanno dato dei diversi processi curativi, che noi riteniamo straordinarii? Dobbiamo azzardare temerariamente operazioni dannose, la cui riuscita sarà presumibilmente possibile in alcuni casi solamente, se essa non può esser sottoposta a indicazioni assai positive, perchè l'abuso involontario che se ne farebbe, non sarebbe più pregiudizievole dei vantaggi che ne potrebbero derivare coll'azzardo ?

La prudenza può cessare di essere la guida dei chirurgi , anche nei casi estremi in cui la morte è quasi assicurata, potendo essere anche inevitabile, non prendendo alcuna decisione? La massima generale: che *vale meglio tentare un rimedio dubbio, che non far nulla, è d'un' applicazione assai delicata;* ci si potrà condurre in modo assai inumano per merito d'una proposta molto vaga e che dà un'autorizzazione così minima.

Ma è permesso di abbandonare inumanamente un infermo senza avere il coraggio di tentare un mezzo incerto il quale, se malgrado il timore che inspira , è solo a lasciare ancora qualche speranza, oltre la quale è inevitabile la morte?

In queste tristi e dure necessità non ci resta altra scelta, che seguire i consigli coraggiosi di *Ippocrate ai grandi mali,*

i grandi rimedi (1), *e di Celso val meglio tentare un rimedio dubbio che non seguirne alcuno* (2). Ciò come è facile ad interpretarsi; permette ricorrere alle prove di qualche operazione nuova suggerita dalla quale devesi giudicare con il ragionamento e con la riflessione che l' uso può essere felicemente applicato alla malattia che si ha da combattere. E non è a simili esperienze che l' arte di guarire deve la sua nascita, i suoi progressi, e sopratutto la conoscenza della virtù dei medicamenti? E vero che lo stesso Ippocrate ci avverte che gli esperimenti esiggono molta prudenza e sagacità, *experimentum periculosum*, ma ci esorta anche a cercare ciò che ancora non si è trovato e a perfezionare il lavoro dei nostri padri: L'esperienza però non deve essere cieca nè temeraria; ma egli approva nello stesso tempo gli esperimenti che si fanno con conoscenza e discernimento e consiglia di usare tuttociò che si sa di analogo alle scoverte già fatte per quel che resta a scovrire. E conformandosi a delle vedute così giudiziose e lodevoli che si deve mirare il soggetto che noi ci proponiamo di esaminare. Bisogna dunque che una discussione giudiziosa ci faccia conoscere i vantaggi e gl'inconvenienti di queste operazioni ardite, che ci si accusa di aver obliate o neglette. Più coscienti per scoverte anatomiche, che gli antichi non erano, ed il campo dell'osservazione e dell'esperienza essendo stato coltivato dopo di loro, noi possiamo, coi lumi riuniti della fisiologia e della patologia, giudicare sanamente della possibilità e del danno che ne verrebbe a praticare delle operazioni insolite, nella vista di sapere un ammalato presso a perire e a valutare il grado di probabilità della riuscita in confronto alla certezza di morte.

È con questi criterii, che noi esamineremo l' operazione dell' apertura del basso ventre nella passione dell' ileo. Questa malattia è prodotta da una disposizione anormale d'una porzione dell' intestino, la quale impedisce assolutamente il passaggio delle materie, e produce tutti i sintomi, che devono necessariamente essere consecutivi a questo inceppo.

La chirurgia ha delle risorse note per far cessare questi funesti accidenti, allorchè l' ammalato viene con strozzamento dell'intestino, in un tumore erniario. Ma se il vizio è interno e non cede ai primi soccorsi abbandoneremo gl'infermi alla loro triste e malaugurata sorte? non potremo tentare in lor favore una operazione, dubbia in vero, e che sarebbe non per tanto l'unica risorsa per salvare la vita in un caso così disperato. Che gli antîchi ne abbiano avuto o meno l'idea, la maggior parte degli autori moderni, nulla ne dicono o la rigettano;

(1) Sect. 1° aphorism VI. Ad extremos morbos, estremae curationes exquisiée optime.

(2) Melius est anceps auxilium experiri quam nullum. (De Medicin, lib. II, cap. X).

alcuni altri ne hanno pensato meno sfavorevolmente: esaminiamo con imparzialità i fatti e le ragioni; cerchiamo di non confondere le idee, prendendo delle visioni superficiali per delle riflessioni profonde, dando ad alcune asserzioni indeterminate maggiore autorità, che non meritano, ed argomentando per analogia di cui l'applicazione ha delle leggi assai rigorose alle quali non si può essere troppo attenti, come io l'ho già detto e precisamente su un analogo soggetto (1). La passione dell'ileo può essere l'effetto di un gran numero di cause assai varie. Il volvulo o l' intussuscezione di una parte del canale intestinale nella porzione più vicina sia superiore, sia inferiore di questo stesso canale, ne è la causa meno ordinaria (2).

Come quest'unica causa che, secondo l'osservazione di ETTMULLER, è una delle più difficili a riconoscere, potrebbe indicare dei mezzi così straordinari, come quelli di cui si attribuisce la scoverta ai grandi maestri, che dall' infanzia dell'arte avrebbero acquistato la più alta reputazione nel suo esercizio? Si legge nella storia della medicina di CLERC, nell' articolo di PRAXAGORA (3) che si trovano diversi esempi della sua pratica in *Coelius Aurelianus*. Nota fra l' altro che è eccessivo fautore dei vomitivi e li somministrava anche nelle convulsioni:

« Egli li somministrava similmente nell'*ileo*, come IPPOCRATE,
« ma andò anche più lungi; continuava a provocare il vomito
« fino a che gli escrementi sortissero per bocca, ciò che è un
« accidente che avviene alla fine di questa malattia, senza che
« si sia dato del vomitivo. *Questo medico sembra essere stato*
« *un assai ardito pratico, in ciò che in questa stessa malattia,*
« *allorchè i primi rimedi non oprarono si vuole che abbia fatto*
« *una incisione al ventre, e similmente all'intestino, per farne*
« *uscire gli escrementi, e che lo ricucisse in seguito. Coelio Au-*
« *reliano*, dopo aver citato questo precetto di *Praxagora*, ag-
« giunge che gli sembra che questo pratico abbia avuto l' in-
« tenzione di descrivere un genere di morte meraviglioso,
« piuttosto che un mezzo di guarire.

NICOLA PISONI (4) l'autore moderno del quale BOERHAAVE fece la più grande stima, prescrive, come PRAXAGORA, i vo-

---

(1) Mémoires de l' Académie de chirurgie, Memoire sur les corps étrangers de l'oesophage

(2) A circumvolutione intestinorum quandoque contigit iliacus affectus; quod rarissimum est. (Laz: Riverii Praxeos med. lib. X, cap. II).

(3) Première partie, Lib: IV, chap. VI. *Pranagora*, o *Praxagora*, figlio di *Néarque* o *Nicharque* dell' isola di Cos l'ultimo della famiglia di *Asclépiades* e maestro del famoso Herofilo.

(4) Nicol. Pisonis, De morbis cognoscendis et curandis, lib. III, Cap. XXI.

mitivi nella cura del *volvulo*, che avrebbe per causa la crudità, la corruzione o l'insalubrità di alcuni alimenti, come i funghi, che sarebbero ancora nelle prime vie: egli raccomanda anche di ripeterli più giorni di seguito, colla precauzione di far prendere dopo il vomito della vecchia teriaca disciolta nel vino. PRAXAGORA salassò qualche volta i suoi infermi dopo averli fatto vomitare ed *egli fece distendere gl' intestini coll' introduzione d'aria nel retto a imitazione di* IPPOCRATE (1).

Ma è l' operazione di PRAXAGORA che deve essere oggetto della nostra attenzione. CLERC non può essere considerato, che come indicativo; rimontiamo alla sorgente, e vediamo il testo stesso di COELIUS AURELIANUS (2). È per suo mezzo che si conosce la pratica di PRAXAGORA ed è a proposito d'osservare, che egli la biasimi costantemente: si sa così che egli ha scritto in un latino semibarbaro e in uno stile tutto affatto speciale e spesso inintelligibile: ecco ancora un motivo sufficiente per essere in guardia su quanto egli dice. Riguardo al vomito di materie stercorali considerato come sintoma di malattie intestinali, PRAXAGORA è accusato di aver tormentato colla compressione delle mani gl' intestini caduti nello scroto. *Egli conosceva dunque l'operazione salutare del* taxis; *poichè egli faceva dapprima dei tentativi per ridurre le ernie , cercando evitare l' incisione.* Questo è ciò che chiaramente vedesi dal testo , malgrado la maldicenza di COELIUS AURELIANUS (3). Allorchè la riduzione era impossibile, ricorreva infine all'operazione (4); ciò che deve sembrar essere assai metodico. Coloro che hanno tacciato PRAXAGORA di audacia e di temerità non l' hanno punto capito: non si tratterebbe allora che di ernia con strozzamento. COELIUS AURELIANUS pretende d'aver egli detto che si poteva aprire l' intestino retto, per estrarne le materie e ricucirlo in seguito. *Dividendum etiam intestinum rectum, atque detracto stercore consuendum dicit, in protervam veniens chirurgiam.* Per biasimare PRAXAGORA, bisogna sapere se egli chiamava *retto* l' intestino che noi oggi conosciamo con questo nome , e in quale occasione egli ne avea consigliato l'apertura: gli ultimi cenni della citazione confermano , che si è cercato descrivere questi processi con delle qualificazioni ingiuriose. Nella supposizione stessa delle cose, l'esame superficiale e l'alterazione dei

(1) Vomitu utitur donec stercora faciat evomi Aliquos etiam post vomitum phlebotomat et vento per podicem replet, ut Hippocrátes. (Coelius Aurelian , Acut: morbor., lib: III cap: XVII).

(2) Ibidem.

(3) Quosdam etiam, manibus premens intestina, magna quassatione vexavit, quibus intestinum in folliculum fuerat delapsum, plurimus stercoribus confertum. Ibid.

(4) Item confectis quibusdam supradictis adjutoriis, dividendum ventrem probat pube tenus.

termini, gettano della confusione sulle idee che l'autore ha ritenuto vere.

Pare che sia stato diversamente interpretato e tramandato il pensiero di *Praxagora*. *Fred. Hoffmann* e *Baregusen* dicono positivamente, come Celio, che *Praxagora*, che trattano per questo soggetto di temerario ed audace, apriva l'*addome* sopra del *pube;* che egli incideva in seguito l' intestino *retto*, ne estraeva le materie stercorali e ne faceva la sutura.

Il dottore Clifton, nella sua eccellente opera intitolata: *Stato della medicina antica e moderna*, tradotta dall' inglese per l'Abbate Desfontaine (1), dice che Praxagora andò più lungi di Ippocrate e di Dioclès, e che *nella colica*, allorchè gli altri rimedi nulla hanno fatto, *bisogna aprire il ventre* e rimettere gl' intestini nella loro situazione naturale. Questa riduzione a noi sembra indicare l'operazione dell' ernia, e il termine *colica* significare i sintomi, che dà uno strozzamento d'intestino, che fa tumore allo esterno. Haller ha giudicato così (2) quantunque sembri aver adottato l'esposto infedele di Clerc: egli suppone che tutta questa dottrina ha rapporto con l' ernia strozzata: *Sed ea forte ad herniam incarceratam pertinent.*

Conseguentemente sembra che il solo *Haller* abbia interpretato il vero senso di *Celius Aurelianus*. *Mercurial* però, che intravede nel fine di questa operazione il *volvulo*, pur facendo l' elogio di *Praxagora*, che godette ai suoi tempi grande riputazione, ne rigetta il consiglio come inumano, tanto più che operandosi l'intestino, si uccide l' infermo e così giudica appoggiandosi all'aforisma d' Ippocrate che le ferite degl' intestini, giammai si consolidano e perciò tutte le sue ferite sono mortali. Lo stesso *Mercurial* notava: che non è prudente usare con indifferenza tutte le operazioni indicate dagli antichi nei loro scritti; perchè, dice egli « la maggior parte di essi trattava cogli schiavi, ai quali si faceva subire ogni sorta di tormenti e per conservarli si facevano fare su di essi molti esperimenti che noi oggi non tentiamo che sugli animali... (3) » *Mercuriale* pertanto conchiudeva, che se questi soccorsi sono stati pubblicati e utili agli schiavi, sen-

(1) Chap. 1, De l' état de la médecine parmi les Grecs, p. 27.
(2) Méthod stud. med., t. II, p. 818.
(3) Celso molto tempo prima aveva osservato, che gli schiavi guariscono più facilmente dei liberi, perchè i soccorsi sono più pronti delle persone, che è permesso di dar soggezione, ciò che non avviene per coloro che godono di libertà (De medic. lib. III, cap XXI). É quanto accade anche oggi nelle famiglie private dove può spendersi; gl'interventi o le cure divengono tardivi per i consulti che si credono utili, se numerosi, e gli esiti sono certo meno efficaci, che non per gl' infermi di ospedale D'A.

za dubbio guarirebbero gli uomini liberi. Bisogna dunque rinunziare all'autorità degli antichi sulle operazioni riguardanti il *volvulo*, e venire a PAUL BARBETTE, che praticò la chirurgia e la medicina con grande riputazione ad Amsterdam, non sono cento anni (*s' intende all' epoca di* HEVIN). Egli si esprime in termini che non sono equivoci, tanto sui caratteri della malattia che sull'operazione ch' egli propose. « Il movimento vermicolare degl' intestini li rende soggetti a impegnarsi per intussuscezione, sopratutto quando sono attaccati da dolori violenti, allora il corso degli escrementi non è più libero verso il basso. Questa malattia si chiama *miserere mei* o *ileo*. Allorchè i mezzi ordinarii sono stati inefficaci (tra i quali indica l' applicazione ripetuta di ventose secche) non converrà aprire i muscoli e il peritoneo per liberare l' intestino, piuttosto che lasciar morire l' infermo ? (1). Quest' operazione è stata praticata e può essere una risorsa in questi casi disperati o è rimasta unicamente allo stato di progetto ? È questo che si tratta di bene esaminare nell' opinione dei diversi autori, secondo i grandi principi dell'arte e secondo le osservazioni interessanti, che sono state comunicate all'Accademia su questa malattia.

Sembra che TOLLET parli di quest' operazione come di pratica comune. In occasione della malattia del franco arciere di BAGNOLET secondo ogni apparenza, l' operazione che fu fatta pubblicamente col permesso di Luigi XI e del parlamento di Parigi non è stata per la pietra, ma quella che si pratica pel *volvulo*. La stessa operazione sembra chiaramente designata in un *fatto;* nel dettaglio delle diverse operazioni che i candidati per ottenere l' autorizzazione in chirurgia, essi doveano eseguire l' erniotomia nei casi di strozzamento degl' intestini o per un *volvulo* nel ventre: *ob intestinum incarceratum, aut ob volvum in ventre.*

Due soli esempi chiari della pratica di questa singolare operazione si trovano tra il gran numero di autori ricercati. Il 1° è fornito da BONET.

BONET riferisce nel *Sepulcretum anatomicum* (2) diversi esempi di volvulo, che sono stati causa di morte ed aggiunge al testo di BARBETTE una nota, che proverebbe che l' operazione proposta da quest'autore è stata praticata con successo. « La baronessa « di Lanti, presso *Châtillon-sur-Seine*, nel Ducato di Borgogna, « era agli estremi per una passione iliaca. Un giovane chirurgo « che avea per lungo tempo seguito le armate, si presentò e « promise una *guarigione sicura*, se l'ammalata volea sottomet-

---

1) An non etiam praestaret, facta dissectione musculorum et peritonaei, digitis susceptum intestinum extrahere, quam morti aegrotantem committere. (Paul Barbette, Op. Chirurgico anat. 1672, de abd. partib. intern. lib. X cap. 11).

(2) Liber III, set. XIV, De dolore iliaco.

« tersi all' operazione , ciò che gli fu accordato. Egli estrasse « molto dell' intestino prima di scoprire l'attorcigliamento; egli « lo disnodò, *nodos dissolvit*, e lo rimise a posto. Fece in se« guito la sutura del ventre, e la ferita guarì felicemente. La « dama assegnò una pensione al suo liberatore , che non go« dette che per tre anni ; la morte gliela tolse mentre a lui « la dama dovette la vita ».

Se si considerano le espressioni di questo, che viene riferito e che si conosce che venne comunicato a *Bonet*, da uno che non era punto dell'arte, dal Reverendo PINAULT, ministro della chiesa di *Genève*, che era vissuto nella familiarità della dama in quistione, potrà ben supporsi trattarsi semplicemente di operazione d' ernia: (non devesi tal giudizio al preconcetto ?) l'esperienza giornaliera prova che le genti che non conoscono le nostre operazioni, non s' esprimono altrimenti quando essi riferiscono i processi che hanno luogo nell' operazione d' ernia strozzata.

L'Accademia più riservata nei suoi giudizii , non ha visto nella nota di *Bonet* un esempio sorprendente del felice successo della gastrotomia , precisamente pel caso dell' intussuscezione dell' intestino ; come AUGUSTO QUIRIN , RIVINUS (1), SCHECHERUS (2), FR. HOFFMANN (3), CORN. HENR. VELSE (4), M. VON SWIETEN (5), MEEHSEN (6), SCHOCLE (7).

Sarebbe difficile però di gettare un parere dubbio sul 2° caso, del quale OOSTERDYKIUS SCHACHT, medico pieno di ingenuità e assai degno di fede, è garante. È VELSE , che ce lo cita e che così lo riferisce: « Una donna di 55 anni. esaurita dai sin« tomi crudeli della passione iliaca, non avea ricevuto alcun « sollievo dai rimedi che l' erano stati somministrati, come la« vativi, fomenti , cataplasmi , applicazioni ripetute di grandi « ventose sul basso ventre, per consigli di NUCK. Questo, pra« tico dei più felici, suppose infine che la malattia proveniva « da una intussuscezione dell' intestino. *Egli invitò un chirurgo « assai abile a praticare un' apertura al lato sinistro del ventre « a quattro dita trasverse dall'ombelico, discendente obliquamente « verso la parte posteriore e inferiore*, per tirare gl' intestini « che egli avrebbe avuto gran cura di fomentare con latte tie« pido a fine di cercare la sede del volvulo, egli avrebbe di-

(1) Dissert. med. 24, de volvul. Thes. 55, Lips 1710 p. 458.
(2) Dissert. medico-chirurg. de morb. a sit. Intestin. praeternat., cap. I § 12 Lips 1721.
(3) Dissert. med. de passion. iliac., § 27, 1716.
(4) Disput. de mutuo intestin. ingressu. Lugol. Batav., 1742, Vide: Disput anat. Select. Halleri, t. VII, p. 126.
(5) Comment in aphor. Boerh, t. III, § 964.
(6) Diss. de pass. iliac. caus. et curat. 1742. Hall. Magdeb, § 23.
(7) Dissert. de intest. mutuo ingressu, 1729, Altorf § 35.

« staccato dolcemente l' intestino, e che dopo averlo rimesso a
« posto avrebbe fatto la sutura della ferita. Si seguì il consi-
« glio di NUCK, e si ebbe tutto il successo che si era ripro-
« messo conseguire. Perchè appena il chirurgo tirò l' intestino
« col più favorevole azzardo, riscontrò la parte intestinale
« dove era la sorgente di tutti i sintomi che soffriva l'amma-
« lato; non vi era ancora nè infiammazione, nè aderenze; egli
« disimpegnò le parti, dopo averle ingrassate con parecchio
« olio; e infine ne fece convenientemente la riduzione, egli
« praticò la gastrotomia secondo il piano stabilito ».

« Si praticarono in seguito all' inferma dei lavativi emollienti,
« che ristabilirono le evacuazioni del ventre; il ripristinamento
« delle forze bentosto diede la libertà. L'ammalata sottratta alla
« morte con questa operazione, godette dopo una salute per-
« fetta e sopravisse per più di venti anni ».

Ma anche per questi casi, si sono avanzati dei dubbii e SAVIARD ha ritenuto che si sia trattato di ernie ventrali e che quindi gli autori sieno stati guidati da un piccolo tumore esterno più o meno sensibile. E a ciò sarebbero stati guidati specialmente dall' osservazione di LACHAUSSE che ha trovato come nel secolo XVII non si trovi traccia di ricordi delle ernie ventrali, tanto bene conosciute dagli autori antichi.

Però i dettagli di sede e di operazione sembrano escludere tale dubbio.

Potrebbe darsi però che si sia trattato di ernia inguinale o crurale strozzata piccolissima, sconosciuta all' infermo e difficilmente riconosciuta dai pratici, o poco attenti o poco versati alla semeiotica.

BAILLON (Ebidem., lib. 1°, anno 1571) riferisce un caso di donna presa dalla passione dell' ileo in seguito a strozzamento di ernia inguinale piccolissima misconosciuta.

Le occlusioni intestinali o per riduzione in massa di ernie strozzate o per pinzettamenti laterali, specie nella donna, non sono rari, ma non modificano per nulla il trattamento per ristabilire la canalizzazione intestinale, di questi casi, che riferirò nella relazione di alcune centurie di ernie strozzate operatesi nel nostro reparto, si sono avuti esempi importanti, che però sono stati riconosciuti dopo accurata osservazione semiologica degli anelli, pur mancando alcun dato anamnestico.

Ma non posso trascurare qui il seguente caso recentissimo, nel quale, sia la storia dell' anamnesi che l' esame obbiettivo più accurato, non fecero che far sospettare la possibitità, che i fenomeni occlusivi fossero stati dati da intasamento erniario, consecutivamente scomparso. Trattavasi di una donna di 65 anni, Mancusi Filomena fu Pasquale da Sarno, assai malandata nella nutrizione, di colorito

pallido, con arteriosclerosi diffusa. Entrata nel reparto il 19 agosto 1913 riferiva, che da 4 giorni prima, dopo essere andata abbondantemente di corpo, era stata presa da dolori di pancia, vomito e chiusura di ventre, ma che dalla sera precedente cioè, dall'ammissione in ospedale, non aveva avuto più vomito. All'osservazione obbiettiva notavo addome a pareti sottilissime con notevole sfiancamento laterale per il quale le pareti corrispondenti alle fosse iliache interne venivano a sporgere come bisaccia; e al disotto delle pareti disegnavansi le anse intestinali agitate dai movimenti peristaltici, discretamente energici, specie sotto la palpazione. Questa era indolente in tutto l'ambito dell'addome. I polsi delle radiali erano regolari e sufficientemente vibrati. Non denotava lo stato generale alcuna sofferenza degna di nota e l'inferma alle reiterate domande accennava alla possibilità di aver emesso qualche flato. Siccome alla regione *crurale sinistra* appariva sotto lo invito della tosse, una punta d'ernia grossa, quanto una nocella, che si riduceva facilmente e che alla palpazione sui ponti le dita affondavano facilmente senza nulla toccare di tumefatto e dolente, sospettai che l'ernia *crurale sinistra* avesse dato fenomeni di strozzamento, i quali sarebbero scomparsi dopo spontanea riduzione perciò venne lasciata in osservazione a digiuno. Il domani le condizioni si mantennero uguali nè nelle 48 ore si manifestò febbre e non ebbe alcun conato di vomito. Però la mattina alla visita mi venne riferito che la notte si era ripetuto il vomito di natura fecaloide, allora subito la sottoposi alla laparatomia.

Appena aperto l'addome vennero fuori le anse del tenue notevolmente meteoriche; alla celere ricerca dell'ostacolo questo non capitava sotto le mani, perciò fu necessario fare uscire oltre un terzo di anse del tenue, così rilevai afflosciato il colon e seguendone il decorso venni sul cieco e poi sulla porzione terminale del tenue dalla quale vien fuori abbondantissimo materiale fecaloide liquido. Sequestro subito tra gli enterostati la parte dell'ansa lesa e con pannolini di garza prosciugo la pelvi dei materiali versati. Resecata la parte gangrenata, ne fo la sintesi usando gli *uncini* del Michel, col quale mezzo ho avuto altri *cinque casi di guarigione* oltre quelli pubblicati e lascio lo zaffo del Mickulicz. Ma dopo circa tre ore l'inferma muore.

Quale la causa della morte? In questo caso è stata la tossiemia iperacuta ma in quelli accennati nei quali la morte è seguita al ripristinamento funzionale della canalizzazione non è facile spiegarla, essa è certamente complessa, può attribuirsi all'anemia cerebrale per la pressione circolatoria a *vacuo*, se segue *immediatamente* alla

rimozione dell' ostacolo meccanico, e alla fuoruscita dei gas contenuti nell' intestino fortemente difeso, ma in altri casi non può dirsi quanto debbasi riferire allo shoch traumatico, all'azione del cloroformio e alla stercoremia.

All'autopsia fatta dal Prof. PEDICINI si sono riscontrati: accenno di peritonite iperacuta e insufficienza aortica. La pelvi, come il resto della cavità addominale non conteneva tracce del versamento fecale.

La sutura intestinale colle griffe del MICHEL e col giro di punti alla LEMBERT resistette benissimo alla colonna d'acqua immersa in un lungo tratto dell' ansa afferente, dopo aver legato l' intestino oltre il punto suturato; tra i varii punti non una goccia di liquido fuoriusciva, e ciò conferma ancora più la impermeabilità e la validità della sintesi cogli uncini del MICHEL.

Ecco del resto il resultato della necroscopia fatta dal Prof. PEDICINI il 22-8-1913.

Scarsa denutrizione. Addome alquanto meteorico, sul quale si osserva la lunga soluzione di continuo, chiusa da punti di sutura metallica rivelatrice della sofferta laparatomia.

Aperta la cavità addominale si vedono subito le caratteristiche anatomiche della sepsi del peritoneo; non vi sono versamenti; nè essudati fibrino-purulenti, meno una piccola raccolta nello scavo pelvico; siero-ematica. Il peritoneo viscerale in tutta la sua superficie, si mostra finamente iniettato; e solo fra le pieghe delle anse intestinali si può vedere, in ispecie sull' omento, minime tracce di essudato fibrino-purulento, agglutinate: ma, ripetiamo, è quasi invisibile.

Ricercato il punto dell'intestino su cui è caduta l'operazione, si riconosce un' ansa del tenue nascosta nello scavo pelvico, essa è perfattamente libera, senza tracce di aderenze con le vicine: la sutura intestinale è fatta *con grande precisione*, gli strati interni sono chiusi con piccoli uncini del MICHEL e gli esterni e sierosi con punti di seta staccati. Le anse del pacchetto del tenue sono vuote. Nessun versamento per forellini del tratto suturato; sembra quasi fosse già incominciato il processo di adesione, sia nei punti ove sono cadute le griffe del MICHEL, che i punti staccati della sierosa alla LEMBERT.

La sepsi del peritoneo era già avvenuta quando fu praticata la laparotomia poichè nel punto ove l'ansa intestinale faceva ernia, attraverso il canale crurale e dove era caduto lo strozzamento, il chirurgo potè osservare piccoli tratti dell' inintestino, come dicesi, pinzettati.

Van Swieten, che non mette in dubbio i successi che ha stabilito come costanti dopo le asserzioni di Bonnet e di Schacht, parte dallo stesso principio di Gaviard contro questa operazione ardita e crudele, alla quale si potrà essere obbligati di percorrere e di svolgere tutte le circonvoluzioni intestinali, per scovrire il focolaio della malattia in un soggetto vivente, tanto più, aggiunge egli, che sarebbe difficile in parecchi casi, se vi ha un volvulo o non, e supponendo anche la sua esistenza, di determinare il sito ch' esso occupa nella capacità del ventre, perchè allorquando la malattia volge a male, tutta la circonferenza dell'addome è ordinariamente tesa e dapertutto ugualmente dolorosa. In seguito a una decisione così formale, si crederebbe che l'autorità di Van-Swieten è stata presentata all'*Accademia* come favorevole all'operazione di Barbette e che questo sia il passaggio stesso che noi citiamo e che si porta a prova? Le opinioni fluttuanti e incerte degli autori che sono stati dei semplici scrivani dovrebbero essere proscritte e riguardate come non avvenute, ma si vuol fare uso di tutto per imporre per un vano apparato di erudizione, che non consiste che nella pena di copiare *servilmente i libri, e sovente senza la minima attenzione*. È per questa inavvertenza che si è segnato nel novero dei partigiani della gastrotomia Schacherus di cui ecco il passo: « Io non posso biasimare questa risorsa, quantunque estrema, purchè si sia assicurato dell'esistenza dell'intussuscezione. Ma con così scarsa certezza di segni di questa malattia, chi è che oserebbe intraprendere un'operazione così ardita, alla quale l'ammalato non si determinerebbe senza dubbio che con vera pena? Qual disonore (sic) e quali rimorsi non proverebbe un chirurgo che dopo aver aperto il ventre d' un infermo non trovasse la malattia che cerca?

(Per quei tempi è giustificata tutta la diffidenza dell'autore.)

Supponendo autentiche le due operazioni accennate, questo esempio sarebbe sufficiente per farci adottare una operazione nuova, assai straordinaria che sembrerebbe dannosa, tanto nella sua esecuzione quanto nelle conseguenze? Allorchè si fa, dice A. Severin, secondo Galien, due esperimenti, può stabilirsi una legge generale, tanto è certa l' utilità che scaturisce da un fatto esperimentale. Aggiunge egli, che è questa destrezza che prova il progresso delle arti; la negligenza trova sempre il suo focolare freddo (1). Se si ha da credere al Dot-

(1) Vix enim duos aut tres, in singulis hisco generibus, eventus vidi cum agendi certitudinem consecutuss; nempo experimento uno aut altero, fit exinde judicium de Universali, Galeno sic docente (lib. XI de Simple medic. Facult). Adeo scilicot rependit homini fructus continuos exercitum experimentum; adeo quaesitam tentando extendit artem industria: sola ignavia inertem suum semper compor comperit et frigidum focum (M. A. *Severin*, Medic. Effic. liber I cap. XIV, 162).

tor ROBINSON (*A compleat tractise of the gravel and stond*, part. II, chap. V, p. 228 et 229) allorchè una operazione è riuscita in due prove, è da presumere che possa riuscire egualmente la 3ª, la 4ª e la 5ª volta nelle stesse circostanze. Ma un solo successo, quando sarebbe incontestabilmente provato non autorizzerebbe i chirurgi a praticare la gastrotomia. Coloro che hanno il minimo dubbio della verità dei fatti allegati in prova della riuscita e che sono i più persuasi dei vantaggi che essa potrà avere, non hanno potuto dissimulare i grandi inconvenienti che ne risulterebbero. DANIEL SCHULZE è indeciso; egli vuole che se si rapporta al giudizio dei pratici, si deve convenire che questa operazione è crudele e pericolosa (1). JOH. HERM. FURSTENAU (2) dice che questo genere di cura è del numero di quelle che mancano nella pratica; la cosa parla abbastanza da se stessa, dice egli, e da allora ROSINUS LENTILIUS (3) ne ha dimostrato la necessità per la cura di una così terribile malattia; pertanto egli nè consiglia nè disapprova quest' operazione, similmente a STRAUSSIUS (4) e a DEKERS (5); il primo dice che egli non osa che appena parlare dell'apertura del basso ventre, la quale potrà nondimeno salvare molti malati; il secondo non sa a che risolversi fra i successi, le speranze e i danni.

FRÈD. HOFFMANN (6) ammette il progetto di aprire il ventre secondo il consiglio di BARBETTE; egli chiede solo che il chirurgo che avrà tale coraggio da intraprendere una simile operazione siasi bene assicurato che non vi sia ancora una considerevole infiammazione, e per conseguenza che non bisogna troppo temporizzare prima di determinarsi; è anche questo l'avviso di FELIX PLATER (7); l' operazione gli sembra l'unico ed estremo rimedio, non bisogna barcamenarsi, bisogna risolversi senza alcun ritardo, scegliendo, per operare, un chirurgo prudente ed attento. L'opinione dei più grandi uomini non è di alcun peso, quando non si vedono i motivi che li hanno decisi; le regole della sana pratica devono essere fondate su ragione; una speculazione teorica, in un caso di questa importanza non è sufficiente. GEORGES OTTON (8) sembra aver stabilito i veri principi che respingono l' adesione irreflessiva al

---

(1) Dissert. Medic. De Passion iliac. Franc Ad. Viadr. 1714 § 20.
(2) Dissert. Epist. de iis quae desider. in Prax. Med: Franc ad Moen 1721.
(3) Jatromnem. Theor. Pract, p. 401.
(4) Palm. Medic. Gymn. et disput. Medic de ileo § 12.
(5) Not. et obs. in Prax. Barbet. cap. VII.
(6) Dissert. Media de pass. iliac § 27.
(7) Prax. T. II, Cap. XIII, et Bonet. Ponalth. Liber IV, Capitolo XXVI n. 58.
(8) Prax. Med. part. II, p. 13.

principio di Barbette. Alcuni autori moderni in quest'operazione vedono i più grandi inconvenienti e un pericolo sicuro senza speranza per gl' infermi e la disapprovano e la rigettano senza restrizione (Mochsen-Zwinger) Geog. Otton dice : nell' inizio della malattia, in cui le forze sono ancora in tutta la loro integrità , non v' è medico ragionevole che si deciderà a tentare l' operazione , tanto più che vi sono altri mezzi più certi da usare per combattere questa malattia , prima di venire ai soccorsi estremi. Ma supponendo, dice egli, che tutti i rimedi siano stati infruttuosi, l' apertura dell'addome sembra assai dubbia per il successo. Perchè delle due cose l' una , o le forze dell'ammalato , saranno talmente depresse che sarebbe totalmente fuori di stato di sostenere l'operazione, ovvero gl' intestini avranno tra loro contratto qualche alterazione gangrenosa , per modo che nell' una e nell' altra supposizione, l'ammalato sarà perduto senza risorsa. L'autore mette in obbiezione la difficoltà dell' operazione , in rapporto alla grande apertura che bisognerebbe fare ai muscoli del basso ventre; potrebbe passarsi su questa considerazione, ma egli calcola così l' incertezza in cui si è sulla vera causa della malattia, ragione che è preponderante, e di cui si può trarre la conseguenza generale: che vale meglio abbandonare alla Provvidenza degli infermi così disperati, senza dimenticare pertanto gli altri mezzi di cui si può far uso.

Alcune autorità, citate come favorevoli a questa operazione, vi sono manifestamente contrarii.

L' incertezza della causa degli accidenti e l' equivoco dei sintomi, che sono gli stessi per tutte le specie di cause, le quali sono assai varie, impediranno sempre ad un uomo prudente di ricorrere a una incisione assai dannosa e che sarebbe il più sovente inutile poichè il volvulo, al quale si propone di rimediare, è la causa meno frequente della passione iliaca. Non v' ha in oltre, alcun indizio che indichi il luogo preciso , la sede positiva della malattia. Saviard (1) ha notato nella storia che ci ha tramandato di un volvulo del digiuno, che si è riconosciuto solo dopo la morte. Alcuni, presenti all'apertura del cadavere dissero che non avrebbe potuto guarire l' ammalato facendo una incisione al ventre, per sciogliere il nodo dell' intestino . chirurgia che si pretende, dice egli, esser stata praticata con successo; ma gli esempi che si cita non sembrano aver per base che la tradizione popolare male chiarita, prendendo per disnodamento dell' intestino la riduzione di ernie ventrali o ombelicali strozzate.

Al più, quest' operazione non è indicata nel caso del quale si tratta; non si ha , dice Saviard , alcun segno unico della

(1) Observ. de Chirurgie, obs. XXXIV.

malattia dell' intestino e tutti gli accidenti tenderebbero a stabilire la sede del male nel ventricolo.

Kischbaum porta un giudizio presso a poco simile sul poco vantaggio che ne verrebbe dalla gastrotomia in casi analoghi alla malattia in esame: cioè quando alcun viscere dell'*addome* (stomaco o intestini) passi nel torace per ferita o lacerazione del diaframma o per apertura naturale di questo setto « sarebbe un' omicidio volontario e premeditato aprire il ventre per ritirare gl' intestini spostati e anche quando felicemente si sarebbe pervenuti a ciò il movimento peristaltico continuo e quello della respirazione faciliterebbero di nuovo lo spostamento ».

É perciò che alcuni preferiscono come più facili e più certi per procurare il disnodamento dell' intestino il mercurio liquido e le palle di piombo o d' oro (Van-Helmont, Riviere, Lanzonus, Velschius, Rhodius, Ambr. Pareo, che giustamente preferisce con Mariano Santo Barolitanus l' argento vivo alle palle). Sylvio Deleboe, Sydenham, e Schacherus invece proscrivono questo mezzo per l' impossibilità di riconoscere l' intussuscezione o l' ileo da altre cause.

Gli sia permesso anche il dubbio della riuscita coll' immissione d'aria nell' intestino adottato e celebrato da Salius, Forțis, Riviere, Ettmüller, Hartmann, Lusitanus ed Epifanio Ferdinando nei casi disperati di passione dell' ileo. Non sarà utile se la malattia è localizzata nel piccolo intestino, perchè oltre agli accidenti possibili per la eccessiva e subitanea dilatazione del canale intestinale è dubbio che possa attraversare la valvola del Bauhin e sarà pregiudizievole nella intussuscezione retrograda.

E per non tralasciare alcuno dei mezzi proposti ricorda una osservazione di Hoffmann, su un fatto singolare riferito da Math. di Gradis, che un giovane con passione dell' ileo rigettò per la bocca non solo le soluzioni dei clisteri, ma anche *più suppositori* introdotti per l' ano, quantunque si era presa la precauzione di fissarli con filo alla coscia.

« Non può dissimularsi che l' intussuscezione degl' intestini « non sia una malattia delle più difficili a diagnosticare. In effetti, « quantunque si osservi nella pratica, che i soggetti più di- « sposti alla passione iliaca sono particolarmente quelli che « hanno il ventre naturalmente stittico, e sopratutto ancora « quelli che sono frequentemente tormentati da una crudezza « acerba, da pesi e da crudeli coliche ventose, e per conseguenza, « se tali soggetti cadono in un risentimento del ventre assai « ostinato, accompagnato da un dolore fisso nell'addome, assai « molesto per la violenza e per le angosce che produce e che « s'estende simpaticamente in quasi tutta l'estensione del ca- « nale intestinale e che infine l'ileo si manifesta senza che vi « abbia all'esterno alcun tumore erniario; e quantunque parecchi « accidenti, danno dei sintomi assai netti e ben fondati d' una

» intussuscezione, pertanto i pratici sperimentati non possono « ignorare che tutti questi sintomi sono talvolta prodotti dai « gas, daglî escrementi induriti , da una pituita vitrea, da un « calcolo, come dall'attorcigliamento o intussuscezione dell'in- « testino. Ne segue adunque , conchiude SCHACHERUS , che « questa malattia è non solamente assai difficile a guarire, ma « ancora delle più pericolose e quasi sempre mortale.

L'incertezza, egualmente invocata intorno alla causa e al carattere della malattia e riguardo ai sintomi che essa ha, permette di ragionare per analogia e di confrontare la gastrotomia pel volvulo a quella che si pratica per l' operazione cesarea ?

Questa ha una causa conosciuta; i motivi sono determinati, i segni positivi, lo scopo fisso ; si sa quale indicazione si deve raggiungere; nulla di tutto ciò trovasi pel volvulo. Per questo non è, come si è visto, nè l'incisione dei muscoli del basso ventre e del peritoneo, nè la difficoltà della riunione, nè la paura di un'ernia consecutiva che s'oppongono alla pratica dell' operazione proposta da BARBETTE. E' il difetto di indicazioni precise; sono i segni equivoci che non permettono che si faccia una operazione di tale conseguenza, col rischio di averla fatta inutilmente, contro la veduta dell'arte, che non deve giammai agire che con conoscenza di causa.

MENSCHING ha sostenuto a ROSTOCK, il 30 settembre 1756, una tesi pel suo dottorato, la quale ha per fine le operazioni chirurgiche temerarie.

Egli porta alcuni pareri sulla gastrotomia , che egli dice, sulla fede degli scrittori, essersi praticata col più gran successo da PRAXAGORA , ciò che non è niente affatto provato ; da BARBETTE , che non ha fatto che metterla in quistione e da NUCK. Malgrado queste autorità, che egli non contesta, questa operazione gli sembra crudele ed orribile. Essa non sarà pertanto assai formidabile, aggiunge, se si potranno avere degli indizi certi dell'invaginamento intestinale. Ma egli rileva giudiziosamente che si sa per esperienza che la passione iliaca può dipendere da un gran numero di cause assai diverse, che non è sempre possibile distinguere durante la vita dell'ammalato, e che non si può riconoscere unicamente che dopo l' apertura del cadavere. In effetti egli ha osservato che non è precisamente l' intussuscezione, ma l' infiammazione degli intestini, ora dei lombrici o una pietra, qualche volta degli escrementi induriti in una porzione del canale intestinale, altre volte un increspamento o rinserramento d' un intestino, od altre cause che danno origine ai sintomi di questa malattia. In simile incertezza di diagnosi, non si troverà punto un pratico così poco geloso della sua riputazione, e con una coscienza assai poco scrupolosa, da osare di ricorrere a una operazione che esporrebbe l' infermo al danno più evidente.

Noi ammettiamo questa conclusione di MENSCHINGS e crediamo che non si possa nulla opporre di ragionevole. Applichiamo questi principii a differenti comunicazioni che l'Accademia ha ricevuto. Si vedrà in quanti pochi casi l'operazione sarebbe riuscita e noi apprenderemo che essa non è stata proposta in alcuno, mancando di segni e d'indicazioni sulla natura del male e sulla probabilità di potervi rimediare.

A questa relazione fanno seguito i casi comunicati all'Accademia, tutti sommamente interessanti per noi, perchè dimostrano che se la provvida natura riesce anche nel campo chirurgico a vincere dopo lotte lunghe e immani, morbi che si direbbero fatalmente mortali, noi dobbiamo con maggiore fiducia intervenire anche nei casi, che sembrano disperati e che coll'esperienza e colla pratica daranno sempre più favorevoli resultati, specialmente per i miglioramenti della tecnica.

I. *Osservazione* (SOBAUX chirurgo a *Origny*). Nel dicembre 1765. Volvulo del colon accompagnato ad infiammazione e seguito da gangrena favorevole. Verso il 20.° giorno di gravissimi fenomeni con sofferenze violentissime da far ritenere prossima la fine, emette una grossa massa d'intestino che viene riconosciuta pel colon e il mesocolon della lunghezza di 23 pollici. Alla 6.ª settimana il corpo si coprì di un esantema pruriginoso che finì colla caduta di scaglie e seguì lentamente completa guarigione.

II. *Osservazione* (SALGUER, maestro di chirurgia alla città di Sens) nel 1752. Un giovane di 15 anni con invaginamento, seguito da infiammazione, strozzamento e gangrena espelle dell'intestino tenue gangrenato per circa 20 pollici, guarisce, ma per aderenze gli rimangono sofferenze di stirature. La natura sempre ammirevole nelle sue risorse praticò facilmente la sua operazione. Considera in quale circostanza si avrebbe potuto proporre l'operazione progettata dal BARBETTE? Pur diagnosticato il volvulo il chirurgo non avrebbe potuto avere alcun indizio per determinare il luogo preciso convenevole alla incisione: e che avrebbe prodotto? il rammarico d'aver contribuito alla perdita d'un infermo che la natura ha salvato, coi suoi soccorsi generali. Non sarebbe stato possibile disimpegnare una così lunga porzione intestinale già aderente per l'infiammazione sul sito dove era avvenuto lo strozzamento formato dalla piega delle parti.

III. *Osservazione* (per FAUCHON chirurgo del re allo *Châtelet di Melun sur-Seine*, maestro di chirurgia a *Melun*). Nel 20 marzo 1765 un uomo di 48 anni, 25 giorni dopo l'inizio violento di una occlusione espelle colle feci tutto il cieco con sei pollici di colon e altrettanto di ileo e il pezzo viene inviato

all' Accademia, Lasciò l' *Hotel-Dieu* a piedi dopo 9 giorni e morì dopo 4 giorni. L' autopsia confermò la mancanza del cieco, l' anastomosi solida dell' ileo col colon e un po' sopra del rene destro, nello psoas, un ascesso comunicante col punto consolidato dell' intestino.

Da quest'esempio vede che la natura aiutata e non disturbata nella sua azione può molto per la guarigione del volvulo, perchè l'infiammazione, fa contrarre aderenze che renderebbero l'operazione assolutamente inutile. I volvuli che si trovano cosi frequentemente all'apertura del cadavere dei bambini, sembrano provare che l'invaginamento si forma e si distrugge facilmente per la sola azione degl' intestini.

Louis ha riferito che su 300 autopsie di bambini morti per affezioni verminose o per la dentizione alla *Salpêtrière*, la maggior parte avea 2-3 e anche un maggior numero di volvuli senza infiammazione e nessuno di essi avea in alcun modo sofferto. Essi in verità non erano poco profondi.

L'A. si domanda che cosa si sarebbe ottenuto in tal caso colla gastrotomia? Il progetto solo fa fremere.

Noi possiamo insistere sulla inutilità e il danno di questa operazione, fino a ritenere la temerità di coloro, che seguendo gli scrittori speculativi decisi in suo favore, crederebbero farsi un merito del loro ardire in parecchie occasioni. L'esame dei fatti deve far bandire dall'animo un pensiero così funesto. **Questo procedimento fatale all' umanità non sarà più citato da noi sotto il nome d'operazione la quale suscita naturalmente una idea di soccorso e di beneficio.**

IV. *Osservazione* (per Robin, membro dell' Accademia). Il seguente esempio conferma i principii e le deduzioni dell'A. Un bambino di tre anni e mezzo da tre mesi soffriva dolori di ventre, sovente accompagnati da vomito. Il 16 luglio 1766 fu attaccato da arrovesciamento (prolasso) del retto, per la riduzione del quale riuscirono infruttuose tutte le manovre. Robin col dito esplorando sentiva dei corpi estranei straordinarii, come escrescenze carnose o materie fecali accumulate. Il vomito continuo era un sintomo che non è l'effetto del prolasso del retto. Un altro chirurgo con minore riguardo di manovre, con violenza riesce a farlo rientrare, ma non persuade Robin e il bambino muore dopo 4 giorni. Robin assistito da Guienot e da tre altri chirurgi all'autopsia trovò **che il retto alla sua parte superiore riceveva nella sua cavità gl'intestini cieco e colon.** Il pezzo presentato all'Accademia venne esaminato coi signori Bordenave, Sue e Sabatier e si vide distintissimo l' invaginamento del cieco e della maggior parte del colon nell'estremo inferiore di esso e nella parte superiore del retto; cominciava a più di 11 pollici dall' ano e finiva a 5 o 6 pollici in

sopra. Non fu possibile ritirare la porzione intussuscepta: essa avea contratto forti aderenze; solo in fuori, nel sito della ripiegatura era libera e fluttuante internamente. Questa disposizione permette il distacco della parte invaginata, che colle feci viene espulsa come nei casi precedenti.

V. *Osservazione* (per LEBLANC maestro in chirurgia alla scuola di *Orléans* e socio dell'Accademia). In un cadavere trovò un analogo invaginamento e presentò il pezzo all'Accademia.

VI. *Osservazione* (per BOUDU). Riferisce di un falegname di 23 anni che si presentò all'*Hotel-Dieu* di Parigi il 25 luglio 1740 con un dolore colico che durava da un mese. Dopo un pasto si era formato un tumore nella regione epigastrica con dolori violentissimi e sparì presto. Morì per marasma in seguito a diarrea ostinata. All'autopsia trovò il cieco introdotto nel colon e il pezzo fu mostrato all'Accademia. Ecco un esempio di volvulo bene caratterizzato che non ebbe sintomi acutissimi come negli altri casi.

VII. *Osservazione* (per DE LA MARTINIÈRE, presidente dell'Accademia). In un giovane di 18 anni, che avea mangiato una quantità di uova sode per combattere una ostinata diarrea, seguì tale coprostasi da assumere i caratteri del volvulo e i vomiti continuarono fino alla morte avvenuta dopo alcuni giorni.

Il salasso ripetuto allo inizio e altri rimedi, compreso il *mercurio* crudo, furono usati. All'autopsia rilevò gl' intestini prodigiosamente dilatati fra lo stomaco e una colonna di escrementi assai duri nel digiuno. Il mercurio fu trovato sulla superficie delle materie indurite. « Trovò in oltre una grande quantità d' aria fra il peritoneo e gl' intestini, che distese le parti contenenti e che avea fatto gonfiare il ventre come un pallone (1744) ».

VIII. *Osservazione* (per DE LA FAYE, membro dell' Accademia). L' intestino può esser chiuso da restringimento delle tuniche dando luogo agli stessi accidenti del volvulo. Riferisce un caso nel quale subitamente in vita si manifestarono tutti i sintomi della passione iliaca; dopo morte, all'autopsia dovette percorrere tutta la lunghezza dell' intestino, per trovare l'ostacolo all' unione del retto al colon dove era restringimento che non lasciava passare l' estremo del piccolo dito. All' esterno sembrava strozzato da una legatura con filo, mentre non vi era nè piega, nè increspamento. Questa coartazione avea permesso l' entrata del liquido col clistere e non ne permetteva l' uscita.

IX. *Osservazione* (per CHARVE) maestro in chirurgia a Dole. Nel 1766 inviò all'Accademia la storia di un infermo simile al precedente, come sede del male, ma con decorso cronico avendo

delle alternative di costipazione della durata fino a 30 giorni e delle diarree.

Alla morte trovò l' epiploon quasi distrutto, il colon in quasi tutta la sua lunghezza di una grossezza mostruosa, almeno quattro volte più del diametro normale, con gangrena nella parte inferiore dalla quale si erano sparse le materie fecali nella cavità del ventre in seguito a un considerevole restringimento della parte superiore del retto.

X. *Osservazione* (per CASTANET) maestro in chirurgia a Pamiers, primo chirurgo del re.

La formazione di un tumore scirrotico fra le tuniche intestinali può chiudere a poco a poco la cavità. Riferisce di una donna di 25 anni con fenomeni di occlusione intercorrente fino a seguirne la morte nel 1756.

L'autopsia trova nell' arco del colon un tumore del volume quasi di due pugni, nel quale erano comprese le tuniche intestinali.

La coartazione del canale avea ritenuto al disopra del tumore molte materie fecali che distendevano considerevolmente il colon.

Tra gli autori che hanno trattato della passione iliaca, NICOLAS PISON è uno di quelli che hanno il più giudiziosamente indicato i mezzi di guarigione, secondo le indicazioni relative alle differenti cause; ma la difficoltà è di riconoscere queste.

Fra i moderni il dottor VELSE, che su questa materia ha lavorato con molto sapere ed erudizione dice: « Siccome la passione iliaca, indipendentemente dalla intussuscezione degli intestini, dipende sovente da numerose altre cause assolutamente differenti di lor natura, le quali anche concorrono talvolta insieme per la loro unione a produrre questa malattia, richiede un' abilità superiore per scovrire la causa speciale in ciascuna delle quali si presenterà; e per conseguenza giammai un pratico dogmatico ha bisogno di avere delle profonde cognizioni nella semiotica, che sopratutto allorquando si trova invitato presso questi sventurati infermi. Ma è là — ripete — il vero punto della difficoltà. In effetti per poco che egli voglia studiarsi a scoprire e a fissare i segni propri e unici che potrebbero far distinguere sicuramente l'intussuscezione degli intestini, da tutte le altre malattie di questi organi capaci di produrre la passione iliaca si accorgerà ben tosto con dolore dei limiti della scienza medica in questo punto dell'arte; perchè esaminando con attenzione la più meditata tutte le cause e i differenti sintomi dell'intussuscezione, pesando esattamente ciascuna di queste circostanze in particolare, e comparandole in seguito fra loro non potrà guari andare al di là della probabilità sull' esistenza di questa causa dell' ileo ». MOEHSEN fa

la stessa confessione sulla insufficienza dei segni del volvulo. « Amerei certamente meglio — dice egli — che alcuno volesse insegnarmeli, anzichè essere obbligato a descriverli. Per tanto ch' io possa conoscere gli autori che hanno preteso stabilire segni diagnostici o patognomonici di questa causa dell' ileo, li hanno prodotti sotto un astro sfortunato, perchè non sono niente decisivi. » Così pensò ZWINGER (*Theatr. Prax. Med.*, *part. II*); SCHODER (*Dissert, inaug. Med. de intestinorum mutuo ingressu*); ed è in seguito alla incertezza dei segni così formalmente riconosciuta e confessata che si determinerà ad aprire il ventre per cercare attraverso le parti distese, tumefatte, irritate, la sede nascosta d'una malattia degli intestini impegnati l'uno nell'altro o viziati d'ogni altra maniera i quali possono essere agglutinati o aderenti fra loro? È lo stesso VELSE che trova queste difficoltà; egli si duole della conoscenza dei limiti ristretti dell'arte e nondimeno conclude che essendo la perdita dell'ammalato ordinariamente inevitabile e sicura pel carattere e per la gravezza stessa della malattia, varrà sempre meglio tentare la gastrotomia, quantunque mezzo dubbio, che abbandonarli e disperare delle loro sofferenze, senza cercare di pròcurar loro alcuna specie di sollievo.

Noi ci lusinghiamo che nessuno dei nostri lettori possa seguire una tale inconsideratezza e che non senta le terribili conseguenze che verrebbero nella pratica.

XI. Osservazione per BRAILIET membro dell'accademia. Presenta un osservazione eccezionale di restringimento ben caratterizzato dell'intestino prodotto da causa esterna, e del quale la sede è fissa e determinata. Un uomo di 65 anni cadendo da cavallo sul pomo della sua spada fu violentemente colpito a due dita trasverse dall'ombelico. Quattro mesi dopo ebbe vomiti con dolori colici in corrispondenza all'antico punto leso. I salassi, i ba gni, i fomenti emollienti, le bevande calmanti e generalmente tutti i soccorsi conformi in parechi casi, sollevarono l'infermo fino a farlo ritenere guarito. Quindici mesi dopo si rinnovarono i fenomeni con vomiti stercoracei, costipazione assoluta che era stata preceduta da deiezioni filate cioè come fossero passate attraverso ad una filiera molto stretta. Brauliet persisteva a credere trattarsi di restringimento nel sito della contusione.

L'infermo morì dopo aver preso tre o quattro volte un oncia di mercurio liquido ed alcune palle di piombo. All'autopsia, andando sulla sede del male che non poteva essere sconosciuto, trovò il digiuno come ripiegato su se stesso e ristretto per circa sei pollici, fortemente infiammato e al di sopra del punto ristretto vi si conteneva il mercurio e le palle.

Se si fosse fatta la gastrotomia, come aveva proposto BRAILIET, essendo la sede del male fissa, si sarebbe scoperta la lesione senza essere obbligati a ricerche dannose nella capacità del

basso ventre, come sarebbe stato necessario in un volvulo o in ogni altro disordine intestinale da cause interne. Avrebbe dovuto asportare la parte ristretta dell'intestino e praticare nel sito l'ano artificiale ovvero ciò che è più vantaggioso tentare l'operazione di RAMDHOR in seguito alla fuoriuscita delle materie, secondo il metodo descritto da LOUIS e RITSCH.

Ecco un caso in cui, secondo le indicazioni così urgenti e positive, potrebbe essere permesso adottare la massima di CELSO, che val meglio tentare un rimedio dubbio, che non farne alcuno; ma questa massima ha più sovente traviato, che non guidato ed è sotto questo primo aspetto, che io considererei un progetto assai indeterminato d'operazione immaginato dal LITTRE per l'imperforazione anale nel neonato, allorchè sarebbe possibile riconoscere, che il retto non si continui sino all'ano. Bisognerebbe, secondo questo anatomista, incidere il ventre, ravvicinare convenientemente l'estremo dell'intestino alla ferita dell'addome, che giammai si racchiuderebbe e che dovrebbe fare artificialmente le funzioni di ano. FONTANELLE segretario dell' Accademia di scienze, redattore del caso che avea fatto nascere questo progetto, dice che, su questa sconsiderata idea del LITTRE, degli abili chirurgi potranno immaginare da se stessi il dettaglio che egli sopprime: sovente basta, aggiunge egli, sapere all'ingrosso che una cosa sia possibile e di non disperare a prima vista.

Si è usato senza successo il mercurio fluido nelle diverse malattie dell'intestino;.... *ma è stato* sempre considerato come dannoso nell'invaginamento della parte superiore nell'inferiore dell'intestino, che si considera come capace d'aumentare il male col suo peso. È certo che pel suo peso potrà produrre il buon effetto in circostanze favorevoli: sarebbero necessarie però indicazioni precise pel suo uso mentre i segni difettano. Per tali ragioni SILVIUS DELLBOE, SYDENHAM e SCACHERUS si sono opposti all'uso del mercurio crudo.

AMBROGIO PAREO riferisce nel 16° libro delle operazioni di chirurgia che MARIANO SANTO, uomo assai esperimentato in medicina e chirurgia, dice aver visto più soggetti scappare alla passione iliaca (malattia mortale), prendendo tre libre d'argento vivo con acqua semplice, che col suo peso svolge l'intestino torto e ripiegato, spinge in basso i materiali e fa morire i lombrici, che possono esser causa delle contorsioni.

Strozzamento degli intestini per una briglia. Vi ha un'altra specie di strozzamento formato da una briglia che stringe il tubo intestinale come un vero ligamento. In questo caso se potrà essere distinto si prescriverebbe prontamente la gastrotomia nel punto sensibile dove corrispondono tutti i dolori delle coliche che precedono il vomito; perchè in parecchie circostanze

non vi ha che la sezione della briglia per salvare la vita del malato; sventuratamente nessun segno indicherà questa causa straordinaria, la più rara certamente tra tutte quelle che possono produrre la passione iliaca. MOSCATI socio dell'Accademia e primo chirurgo del grande Ospedale di Milano — avendo riscontrato questa disposizione non naturale all'apertura di un cadavere, la considera con ragione come un fenomeno degno della più grande attenzione; ci ha inviato un pezzo anatomico che si è fatto disegnare ed imprimere.

XII. *Osservazione* (per DUVIGNON membro dell'Accademia). Presenta un pezzo simile tolto dal cadavere di un giovine di 19 anni. Aveva presentato disturbi di passione iliaca che incontestabilmente dimostravano l'esistenza di un ostacolo al passaggio delle materie del canale intestinale. LOUIS DUVIGNON e SABATIER descrissero il pezzo, liberarono con facilità gli intestini compresi nell'ansa formata nella briglia, la quale era una specie di appendice lunga quattro pollici, fissa per un estremo al mesentere presso la fine del digiuno e l'altro attaccato lateralmente all'ileo. Tra i due punti fissi comprendevansi tre piedi e cinque pollici d'intestino. Si concepisce facilmente come siasi formato lo strangolamento; gl'intestini, che sono fluttuanti, in un cambiamento di posizione si saranno avvicinati agli attacchi della briglia e si saranno incrocicchiati risultandone un colletto nel quale si è insinuata un ansa di intestino. È probabile che nel primo attacco siasi avuto pinzettamento dell'intestino per un'ansa accidentale dalla quale si è liberata per mezzo dei rimedi somministrati. Nell'ultimo accidente la porzione impegnata essendo stata assai considerevole lo strozzamento è rimasto permanente. Per tale costrizione l'area dalla porzione superiore serrata dalla briglia non comunicò con la parte inferiore, il mercurio rimase ammassato nella porzione superiore del digiuno. Si avevano 26 pollici d'intestino serrato da questa legatura membranosa tumefatto, nerastro per l'infiammazione gangrenosa e la sua cavità ripiena di liquido sanguinolento assai fetido.

XIII. *Osservazione* (per DE LA FAIYE membro dell'Accademia).

Nel 1750 assistendo all'autopsia di un individuo morto in seguito a tutti gli accidenti che accompagnano un volvulo rimarcò percorrendo con cura il canale intestinale (ciò che non sarebbe possibile nel vivente) a un pollice dallo sbocco dell'ileo nel cieco una briglia del volume di un grosso filo, di tre dita trasverse in lunghezza, attaccato da un lato all'appendice del cieco e dall'altra alla parte del mesentere la più vicina di questo intestino. L'ileo s'era insinuato sotto questa briglia per l'estensione di un piede: questa porzione strozzata era afflosciata e infiammata ecc.

XIV. *Osservazione* (per MAILLE maestro in chirurgia ad Aix).

All'autopsia di un domestico morto in seguito a supposto volvulo trovò una briglia che partiva da una faccia del mesentere e stringendo l'ileo senza aderenza s'attaccava all'altra faccia un poco obliquamente per modo che l'intestino rimase strozzato da questa specie di corda. Al di sopra della constrizione vennero trovate le tre palle di piombo somministrate in vita.

XV. *Osservazione* (per SAUCEROTTE maestro in chirurgia a Lunéville).

All'autopsia di un individuo che aveva presentato per nove giorni i sintomi ordinari di un ernia strozzata, benchè non ve ne fosse parvenza al basso ventre trovò nel mesentere un'apertura anulare di consistenza ligamentosa attraverso la quale il cieco con una porzione del colon ed una grande estensione dell'ileo erano passati.

Il rigonfiamento che ne era seguito avendo cambiato le proporzioni relative queste parti intestinali erano rimaste strozzate e si erano mortificate. Non si poterono ritirare le parti che dopo averle vuotate del gas che le distendevano con la puntura.

Malgrado i segni che caratterizzano la malattia intestinale, l'assenza del tumore aveva fatto somministrare dal medico chiamato il primo giorno un emetico; le scosse prodotte dal rimedio hanno potuto aggravare il male; in alcuni altri casi essi avrebbero potuto essere cagione del distacco delle parti: ma questo non è che nel falso punto di vista di aiutare la natura procurando il vomito che si è fatto prendere questo rimedio essenzialmente dannoso nelle ernie, nelle quali il vomito è sempre sintomatico e non è giammai indicativo della via per la quale la natura tenderebbe a sbarazzarsi utilmente di ciò di cui è carico.

*
* *

I fatti curiosi che l'accademia mi ha fornito rendono senza dubbio questa dissertazione interessante presentando ed apprezzando le osservazioni che vengono sullo stesso tema di cose assai istruttive pel loro numero e per la loro singolarità. Queste osservazioni riunite formano una tavola tanto più spaventosa per quanto l'arte meno può contro i mali che vi sono rappresentati: pertanto se il suo soccorso é stato invocato nell'inizio della passione iliaca vi hanno delle specie nelle quali con una grande attenzione allo insorgere e al progresso dei primi sintomi, un uomo istruito potrà discernere la causa particolare degli accidenti e potrà rimediarvi efficacemente.

Nella infiammazione la malattia è iperacuta, i suoi progressi sono rapidi — la febbre è viva, il dolore violento — le nausee i vomiti pituitosi, biliosi, e stercorarei si succedono prontamente.

I soccorsi devono essere in conseguenza solleciti. Il minimo ritardo sarà pregiudizievole. I salassi ripetuti finchè li permettono — gli emolienti e le sostanze rilascianti interne ed esterne, i narcotici stessi, secondo l'intensità del dolore corrispondono alle indicazioni urgenti di questa malattia nei casi in cui essa è primitivamente infiammatoria.

Il Dottor SIMSON dell' Università di Saint-Andrèe dice che avendo aperto parecchi cadaveri di persone morte per volvulo, ha sempre notato una grande infiammazione che occupava tutte le diverse tuniche e tutta la spessezza dell'intestino. Ha trovato in uno di questi cadaveri più di un piede dell'ileo di color rosso vino e respinto nel cieco il colon che si trovava posto a sinistra all'opposto del luogo naturale; e tutte queste parti essendo insieme aderenti formavano un tumore duro della grossezza di un pugno, per modo che fu necessaria della forza per disimpegnarlo. — In altro soggetto egli trovò il cieco e gran parte del colon impegnato nell'altra ma la grossezza che esso formava non era così duro come il precedente ed era posto allo stesso lato. — In un terzo trovò l'ileo rientrato in sè stesso in quattro siti diversi, ma quella parte che era più riempita non eccedeva quattro pollici e l'infiammazione era assai grande da per tutto. « Mi sembra dunque — dice l'autore — che l'infiammazione sia la causa prima di questa malattia e che bisogna ricorrere agli ampi salassi, piuttosto che usare violenti purganti – l'argento vivo — raccomandati da RUYSCH (tesi X N. 62) che mi sembrano dei rimedi, più dannosi in conseguenza ».

I purganti prescritti qui dal Dottor SIMSON sono raccomandati da RIVIER nel caso in cui l'ostruzione proviene da accumolo di materie fecali; e questa causa può essere conosciuta dai segni anamnestici : la costipazione ha preceduto e dura da più giorni, non vi sono dolori all'inizio, allorquando essi sopravvengono non si iniziano come nei così infiammatori ; i progressi della malattia sono lenti, la malattia è ordinariamente senza febbre ; e quando questa manifestasi non ha il carattere acuto : ecco alcuni segni distintivi, e dove s'arrestano le cognizioni dell'arte, dopo le riflessioni dei più abili medici. Ma come rimediare a dei tumori, a delle briglie, a degli strozzamenti interiori, quando non si conoscono che gli effetti comuni anche a tutte le altre specie di passione dell'ileo, per differente che sia la causa ? Questi casi sono molto spaventosi, perchè non presentano alcun segno positivo che designi la natura della causa e il luogo che occupa ; e ciò li mette assolutamente fuori del dominio della chirurgia operativa.

« *La parte seguente aggiunta nella seconda comunicazione è di tale importanza pratica che non può essere trascurata* ».

Corn. Hern. Velse tra gli autori è quello che ha trattato più a fondo questa materia. Comincia col ricordare il consiglio di Barbette di applicare sul sito più doloroso del ventre una grande e larga ventosa, e quando infruttuosamente sono stati usati tutti i soccorsi dell' arte, seguendo il consiglio di Ippocrate di provare un rimedio dubbio, anzichè nessuno, si propone di aprire il ventre : tirare sufficientemente il canale intestinale, scovrire e rimuovere destramente la porzione d'intestino, che forma lo strozzamento.

Se in seguito alla riduzione degli intestini nel ventre, si teme che riprendano la situazione anormale, allora, seguendo il consiglio di Celso, si rimuove e si scuote dolcemente l'infermo allo scopo che ciascun intestino riprenda e mantenga il punto naturale.

Velse va più lontano ; pretende cioè, che qualunque sia il posto anormale preso dall' intestino nel momento della riduzione, verrà a modificarsi riprendendo da sè stesso la situazione ordinaria. Fonda questa opinione negli esperimenti fatti in alcuni animali viventi, nei quali, contornati e ripiegati in diverse maniere e in senso assolutamente opposto, gl'intestini e rientrati con forza nel ventre, senza distrigarli, giammai è seguito disordine rimarchevole nelle funzioni naturali di questi animali, perchè ben tosto hanno ripreso la posizione e il libero esercizio normale.

Pertanto Velse considera l' operazione, laboriosissima e la giudica, quasi sempre funesta, per le seguenti ragioni :

1. Per la fuoriuscita degli intestini che dalla ferita del basso ventre sfuggono con forza e violenza, sopratutto le parti tese, tumefatte e infiammate.

2. Per l' estrema difficoltà di rimettere le parti in cavità addominale, e per la lunghezza del tempo a scovrire la sede nascosta degli intestini impegnati o viziosamente situati e talvolta aderenti fra loro.

3. Infine per le alterazioni rapide che le sue parti devono soffrire per la subitanea impressione dell' aria ambiente. A questo proposito nota che si trovano negli autori osservazioni di intestini rimasti fuori del ventre per più mesi senza alterarsi quantunque distaccati dal mesentere e dai loro vasi.

Lo stesso autore continua: che essendo la passione dell' ileo prodotta da cause assolutamente diverse oltre l' intussuscezione, è necessària un' abilità superiore per scovrire la causa speciale in ciascuno dei casi che si presenteranno e in conseguenza è per tali ammalati, che un pratico dogmatico ha di bisogno di

profondi lumi nella semeiotica. Ma è qui il punto nero e difficile convincendosi bentosto e con dolore dei limiti della scienza medica in questa parte dell'arte. Perchè, esaminando con attenzione la più riflessiva, tutte le cause e i diversi sintomi dell' intussuscezione, pesando esattamente ciascuna delle circostanze in particolare, e confrontandole fra loro, non si può andare quasi al di là della probabilità, sull'esistenza di questa causa dell' ileo.

Due motivi di confronto si hanno nei limiti ristretti dell'arte. Il 1°, che l' osservazione sul cadavere e sui viventi, assai sovente ha confermato esatta la supposizione di una intussuscezione negl' individui con ileo. Il 2°, che quasi tutte le cause di questa malattia possono essere attaccate e combattute cogli stessi mezzi, non solo senza alcun rischio, ma sovente con il più felice successo, per modo che l' errore in cui si potrebbe cadere, sarebbe meno pregiudizievole che in altro caso.

Crede del resto possibile di riconoscere precisamente il luogo dello strozzamento, da ciò che lo infermo lo percepisce assai distintamente da sè stesso, perchè tutto ciò che ingerisce si porta nell' intestino fino a un punto fisso e determinato, donde le materie in seguito tumultuariamente e con rumore rigurgitano verso le parti superiori. Velse, aggiunge con Sennert, che si può giudicare con sufficiente certezza della sede in ciascuna causa dell' ileo cioè, del sito dell' ostacolo locale, pel punto fisso nel quale il tumore e il dolore sono più sensibili, per l' intervallo di tempo che passa tra ciascun vomito e per l' ispezione del materiale vomitato. Dato l' esito infausto varrà meglio tentare la gastrotomia, che abbandonare l' infermo, senza cercare di procurargli alcuna speranza di sollievo.

Intanto ecco alcuni segni dai quali la maggior parte degli autori si limitano per giudicare sulla passione dell' ileo, per intussuscezione.

Artius dice: che il dolore è fisso in un solo punto, per modo, che posta una mano sul ventre, si percepisce una durezza e un tumore in vicinanza degl' intestini gracili. Celso, dopo aver avvertito che la sede del *volvolo* è designata da un tumore, supposto che non appaia allo esterno, aggiunge: che bisogna applicare le due mani sul ventre, e farle scivolare comprimendo leggermente nelle differenti regioni; la sede si troverà nel punto di resistenza. Blancard indica nel luogo di maggior dolore una specie di tumore arrotondito e renitente. Plater trova qualche volta un tumore esterno doloroso e più volte alcune chiazze livide. Secondo l' osservazione di Chifflet si deve sentire nel ventre un tumore poco elevato, che è l'indice di un altro più considerevole: questo tumore all' inizio è duro e compatto e diviene poco a poco sporgente e più rimarcato, quando il ventre è assai tumefatto. Chirac come Sennert dice:

che forma un tumore esteso in lunghezza a forma di corda, per lo che i Greci hanno chiamato la passione iliaca, *chordapsos*.

CASTELLI e GORRAEUS dissero: che così appellasi, perchè si sente sotto la mano, il ventre o una delle sue regioni, teso come una corda duramente ritorta. Secondo SENNERT e PLATER nel *volvulo* non sempre si presenta il tumore. CHESNEAU che in una donna, lo avvertiva solo nell'imminenza del vomito. DUPUI in un caso di doppia intussuscezione del colon riconobbe nel basso ventre una durezza emergente e dolorosa, che diveniva sempre più profonda, ma errante.

L' A. in un caso di volvulo del digiuno toccò distintamente un tumore oblungo ed esteso a forma di corda dura, e avendo progettato di non lasciar passare alcuna occasione di morte per ileo per sperimentare la gastrotomia, in questo caso apprese che, appena incisa la parete addominale, venne fuori la porzione del *digiuno* ripiegata e strozzata, dimostrandosi che almeno in questo caso si sarebbero avute le condizioni più favorevoli per una felice operazione. Perciò raccomanda ai chirurghi che hanno occasione di aprire cadaveri d' individui morti per passione dell' ileo, di procedere come se si operasse sul vivo e di voler comunicare all' Accademia i risultati. Si potranno ricavare così nuove prove della possibilità e della sicurezza di questa operazione, almeno in qualche caso di *volvulo* e sarà molto di guadagnato per l' arte se su dieci disgraziati di questa infermità se ne potrà salvare uno. Poco tempo dopo, comunicando le sue idee sull'apertura del basso ventre a DULATTIER, questi gli assicurò di aver pensato più volte a questa risorsa e che se egli ne fosse stato il maestro non avrebbe esitato a praticare simile operazione. Da allora l'A. intraprese le ricerche e certamente in questo secondo lavoro si vede aver egli modificato le idee.

Infatti cònchiude, che dopo l' esame nel quale è entrato si crede autorizzato a conchiudere, seguendo il consiglio di BARBETTE, HOFFMANN, PLATER, BLAUCARD e VELSE, che nel caso in cui il tumore dell' invaginamento o d' altro ostacolo è bene rilevabile, e che non si hanno più altre risorse per salvare la vita, un *chirurgo capace*, *di modo di pensare coraggioso e disinteressato*, *e unicamente guidato da zelo umanitario* deve determinarsi a tentare la gastrotomia in luogo d' abbandonare l'infermo alla sua cattiva sorte. In verità bisogna prudentemente munirsi di un buon consiglio ; stabilire, seguendo l' esperienza di LANZONUS, un prognostico che preannunzi l' incertezza dell' esito, e fare prendere precedentemente all' infermo tutte le precauzioni temporali e spirituali.

In circostanze così urgenti nelle quali il tempo e prezioso, è quistione di non troppo temporeggiare; bisogna procedere a questa operazione senza differire (sic). Non dimeno bisogna aver la precauzione di intraprenderla quando non vi sono ancora considere-

voli infiammazioni nè aderenze intestinali, quando il soggetto riceve e rende facilmente i clisteri; allorchè i dolori non sono atroci e continui come il vomito, e che questo non avvenga che ad intervalli (HOFFMANN). Ma ogni speranza di successo svanisce quando l' infiammazione è già avvenuta ed estesa; ciò che può riconoscersi alla vivacità dei dolori, alla violenza delle sofferenze e delle coliche, allo stato della febbre, alla piccolezza e alla durezza del polso, all' alterazione dell'ammalato e alla agitazione di tutto il corpo. A più forte ragione poi quando è avvenuta una fine celere e totale del dolore, accompagnata da un estremo abbattimento di forze, da debolezza del polso, da sincope o da svenimenti, da alito fetido, da singhiozzi, da difficoltà di respiro e sovente anche d' urinare; da convulsioni, da delirio, e che un sudore freddo stilla da tutto il corpo; tutti questi sintomi sono segni infallibili che l' infiammazione è degenerata in gangrena, e non si mancherà allora d' imputare al chirurgo la morte del malato.

Infatti, se, seguendo l' assioma ricevuto nell' arte di guarire bisogna riguardarsi dal prescrivere rimedi, quando si vede che la natura è superiore alla malattia, e che basta a se stessa; si deve convenire, che è anche della prudenza di nulla amministrare, quando l' arte non presenta più alcuna risorsa e che il malato è presso a morire; sarebbe, senza dubbio, allora un delitto esporsi a commettere un omicidio, e il chirurgo avrebbe dell' imprudenza a diffamare un soccorso, che può riuscire in altre occorrenze. Certamente come dice CELSO, è ben costante che « val meglio tentare un rimedio dubbio, che non provarne nessuno », ma questo consiglio suppone, che vi sia ancora qualche speranza di salvare il malato: se non vi è più alcuna risorsa, allora il rimedio non è più dubbio (1). In verità non è di ogni sorta di persona il giudicare: questa circospezione è rac-

---

(1) Dice LANZONUS, non bisogna tentare d'intervenire nelle malattie disperate e in quelle per la loro natura assolutamente mortali; perciò in tal modo, un pratico che avrà annunziato la morte dell'infermo, sarà al riparo di ogni biasimo: in effetti, secondo il parere di CELSO (De Med., lib. V, cap. XXVI § 1) vi è della saviezza nel non toccare un infermo, che non è possibile salvare, nel timore d'essere accusato di aver ucciso colui, che sarebbe morto per la violenza della malattia. Altrimenti si sarà peccato contro il pronostico, che è la parte più essenziale pel pratico; cioè *esporre la sua riputazione e la sua autorità ai rumori pubblici e alle calunnie, e inoltre alla diffamazione, per il mancato successo in un caso disperato, dei mezzi curativi eccellenti in altre circostanze* (Cons. med. 173 op. omn., tom. II, pag. 346 e 347). *Seduto cavendum est omnibus qui salutis humanae proesidem artem profitentur, ne, quos non potuerunt servare, occidisse videantur* (Plat. Diss. VI, *de calcul. ad vesic. adhaerex.*, § 19, oper., t. I, pag. 217).

«Sono questi certamente consigli aurei per la vita pratica,ma le oculate audacie contribuiscono spesso allo sviluppo del progresso D'A».

comandata dal primo legislatore dell' arte di guarire: *judicium difficile.* Pertanto non conviene, che ai grandi pratici di decidere, dopo un attento esame della natura e dello stato della malattia, della veemenza dei sintomi e delle forze del malato sulle probabilità di successo d' una operazione così importante; poichè non è che nei casi dove resta ancora qualche speranza che l' arte deve dedicarsi interamente alla natura, che implora aiuto e arrendersi al desiderio dei malati che chiedono spesso in ultima istanza, che venga loro aperto il ventre. Ma d'altra parte, un chirurgo che abbia probità e religione deve anche applicarsi con cura a non cagionare al malato dei pregiudizi, che non gli procurerebbero vantaggio.

Non crede doversi fermare a dimostrare la possibilità e la sicurezza o il difetto del danno dell' incisione dei muscoli del basso ventre e del peritoneo. I vantaggi e i successi sono stati dimostrati dai numerosi interventi per ferite pei corpi estranei ritenuti ed estratti dallo stomaco e dagl' intestini, per gli spandimenti sanguigni e purulenti, pel taglio ipogastrico, per l'operazione cesarea ecc., quindi non può arrestarvisi per le conseguenze di un'ernia ventrale o di sventramento, che deve seguire alla incisione estesa della parete. Non può stabilirsi ragionevolmente un confronto tra la certezza di morte vicina e gli inconvenienti che seguirebbero alla gastrotomia, rimediabili con i numerosi mezzi che l' arte ci fornisce per contenere questi tumori erniarii, anche di volume il più considerevole e anche per prevenirne gli accidenti di strozzamento.

Sembrano più fondate le seguenti obbiezioni : la 1. di SAVIARD, sulla possibilità del ripristinamento del *volvulo* dopo lo svolgimento e l' abbandono a sè dell' intestino, fenomeno osservato più volte anche da DULATTIER, GUÉRIN, DUPOUY e ALLOUEL e comunicato all' Accademia. Potrebbe ripararsi a questo inconveniente secondo DULATTIER, ammessa come certa la possibilità della riproduzione, fissando con un' ansa di filo, attraverso il mesentere, nel punto corrispondente al *volvulo*, la porzione dell' intestino che prima s' impegnò e fissandone i due estremi fuori la ferita addominale. Servirebbero a ritirare e svolgere un' altra volta le anse se si ripristinasse la passione.

La 2. obbiezione riguarda la possibilità di errore di non trovare la intussuscezione preannunziata e ciò con disonore sull' arte e sul chirurgo (SCHACHERUS). Certo nulla è uguale alla soddisfazione interna, che si prova nel trovare, ciò che per mezzo dell' operazione ha ricercato, strappando un infermo, per così dire, dal braccio della morte. come nulla potrà uguagliarne il rammarico nell' insuccesso. Ma ammettendo l' errore , che è possibile, chi oserebbe legittimamente accusare questa incisione, che non avendo precisamente interessato, che i comuni

tegumenti del basso ventre potrebbe divenire la causa mediata e necessaria della perdita dell' infermo?

Ma vediamo se il vantaggio della gastrotomia oltre che pel *volvulo* non potrà rappresentare anche secondo VELSE, una risorsa anche estrema contro qualsiasi altra causa della passione iliaca. Se dopo l' incisione della parete nel luogo di elezione, determinato o dal tumore o dal dolore fisso, e dopo una ricerca esatta e sufficiente del canale non si scovre traccia di intussuscezione, non può trovarsi per caso altra specie di strozzamento interno per qualche singolarità nella conformazione naturale o accidentale o anche di spostamento di alcuni dei visceri fluttuanti del basso ventre, come sono stati trovati e descritti all' apertura del cadavere? (Cordone ligamentoso partente dall'ileo che circondava e ne strozzava una grossa branca dell'*ileo* stesso descritto da MOSCATI (*era probabilmente un diverticolo*) briglie e ne riferisce il caso di LA FRAYE, uno degli atti di LEIPSIC (1718) e uno di VIRGILI).

In tutti questi casi o in altri consimili, il chirurgo lascerebbe l' operazione imperfetta e l' infermo alle funeste conseguenze dello strozzamento interno? L'A. si dichiara dell'opinione contraria e sostiene per tali casi urgenti, disperati e necessariamente mortali, che un pratico di animo coraggioso, veramente libero di ogni considerazione umana, deve, senza esitare, porgere ancora la sua mano benefica e salvare questi poveri moribondi. In simili occasioni farebbe la sezione del laccio o cordone ligamentoso o fra una doppia ligatura asporterebbe la parte più stretta della biforcazione dell'intestino (caso VIRGILIO).

Qualora poi si trovi un tratto d'intestino riempito di materie stercorali indurite e disseccate od otturato da un osso, una pietra o una concrezione gessosa, o altro simile corpo estraneo, sarà atto di temerità condannabile, nel pericolo così urgente, di fare un' apertura sufficiente a questo intestino, come ha praticato più volte nelle ernie intestinali, per estrarre le sostanze ostruenti? E non si potrebbe ragionevolmente lusingarsi di poter procurare in seguito la riunione, osservando le regole prescritte dalla buona chirurgia pel trattamento delle ferite intestinali? In questo caso, sarà indispensabile lasciar pendere i fili di sutura o di legatura assai lunghi per esser messi facilmente fuori la ferita *addominale* allo scopo non solo di applicare e mantenere la porzione divisa dall' intestino vicina alla ferita del peritoneo per procurarne l' adesione, ma ancora a dare la facilità di ritirare questi fili, allorquando il momento di separazione è giunto.

Terminando così questa memoria, l'A. dice doversi rendere giustizia a BRAILLET, socio dell' Accademia, che in caso analogo propose la gastrotomia.

*
* *

La discussione nell' Accademia riuscì certamente di grande vantaggio fino a far cambiare le idee preconcette dello Hevin, ma la *gastrotomia*, o meglio come oggi intendiamo la *laparatomia*, nel periodo preasettico non poteva rimanere, che un tentativo audace, fatalmente votato all' insuccesso e quindi lungi dal generalizzarsi dovea sviluppare le più fiere critiche e le più ostinate opposizioni. Oggi però le decisioni e gli apprezzamenti d'allora devono imporsi e trovare il più largo incoraggiamento e siccome « *il segreto dei grandi successi in chirurgia consiste appunto nell' operare precocemente, vuoi per sorprendere il morbo nel suo inizio, vuoi per avere nell'operando una proporzionata resistenza organica all'attacco che deve subire.* «Durante, Pat. chir., pag. 531 » è necessario, che tutte le volte che appare sull'orizzonte del vasto campo delle infermità dell' apparato addominale, il sospetto di una occlusione intestinale acuta, si accelerino esami ed esperimenti, per modo che l' intervento possa avvenire al 2° o al 3° giorno al più tardi e solo allora vedremo certamente migliorare la prognosi e rialzato il prestigio dell' intervento in tale grave infermità.